

Połączone Biblioteki WFis UW, IFis PAN i PTF

U.82497



39082497000000

Antonina Ostrowska

Seks po polsku

Zachowania seksualne jako element stylu życia Polaków



<http://rcin.org.pl>

Seks po polsku





Zbigniew Izdebski, dr hab., profesor Uniwersytetu Zielonogórskiego. Kieruje Zakładem Poradnictwa Młodzieżowego i Edukacji Seksualnej. Pracuje także w Katedrze Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Uniwersytetu Warszawskiego. Kierownik Podyplomowego Studium Wychowania Seksualnego w Uniwersytecie Warszawskim. Pedagog, doradca rodzinny, seksuolog, popularyzator

wiedzy seksuologicznej. Przewodniczący Zarządu Głównego Towarzystwa Rozwoju Rodziny. Autor publikacji: „Wiedza, przekonania o HIV/AIDS w społeczeństwie polskim”, „Zachowania seksualne kobiet świadczących usługi seksualne, mężczyzn homoseksualnych i osób uzależnionych od narkotyków”, „Kwestie społeczne i zachowania seksualne w Polsce w aspekcie problematyki HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997–2001”.

Antonina Ostrowska jest profesorem socjologii. Od roku 1993 pełni funkcję zastępcy dyrektora w Instytucie Filozofii i Socjologii PAN. Realizowane przez nią badania i publikacje skupiają się wokół problematyki społeczno-kulturowych aspektów życia i choroby. Jest autorką i współautorką kilkunastu książek na temat, m.in. „Kultura zdrowotna społeczeństwa polskiego” (1991), „Prywatne życie



z niepełnosprawnością” (1996), „Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji” (1996), „Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa” (1991; 1997), Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia” (1999).

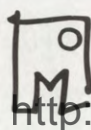
Zbigniew Izdebski i Antonina Ostrowska

Seks po polsku

Zachowania seksualne jako element stylu życia Polaków

W 82 497

H-52,502



MUZA SA
<http://rcin.org.pl>

Autorzy i Wydawnictwo pragną podziękować firmie Eli Lilly Polska za grant naukowy, który umożliwił publikację niniejszej książki.



Połączone Biblioteki WFiS UW, IFiS PAN i PTF

U.82497



39082497000000

Projekt okładki: *Dariusz Błoński*

Redaktor: *Elżbieta Morawska*

Redakcja techniczna: *Andrzej Sobkowski*

Korekta: *Elżbieta Olszewska*

© Antonina Ostrowska & Zbigniew Izdebski, Warszawa 2003

© for this edition by MUZA SA, Warszawa 2003

Wszelkie prawa zastrzeżone.

Żadna część niniejszej publikacji nie może być reprodukowana, przechowywana jako źródło danych i przekazywana w jakiegokolwiek formie zapisu bez pisemnej zgody posiadacza praw.

ISBN 83-7200-316-5

MUZA SA
Warszawa 2003

Q,
05.12.03
A.178/03

<http://rcin.org.pl>

Spis treści

Wprowadzenie (Zbigniew Izdebski, Antonina Ostrowska)	7
Spojrzenie seksuologa – Zbigniew Izdebski	11
Wstęp	13
Życie seksualne Polaków	15
Lęki i niepowodzenia seksualne	41
Społeczne problemy HIV/AIDS	57
Prostytucja w Polsce	72
Edukacja seksualna	79
Spojrzenie socjologa – Antonina Ostrowska	99
Wstęp	101
Wzory zachowań seksualnych	107
Seks a jakość życia	132
Stosunek Polaków do norm regulujących życie seksualne	141
Zdrowie – ciało – seks	159
Seks a czas wolny	174
Literatura	188

Wprowadzenie

Problemom życia seksualnego Polaków poświęca się ostatnio dużo uwagi. Popularne magazyny ilustrowane i telewizja często relacjonują rozmaite wydarzenia związane ze sferą seksu, przytaczają wiadomości pochodzące z różnych sondaży oraz komentarze seksuologów. Są one także stale obecne na wielu stronach internetowych. Na ogół jednak przekazy te poprzestają na informacjach uproszczonych, wyselekcjonowanych, niekiedy anegdotycznych i nastawionych na sensację, tym samym przyczyniają się do nieadekwatnego obrazu życia seksualnego „po polsku”. Niewiele jest badań empirycznych tej problematyki, które kompleksowo naświetlałyby doświadczenia, postawy i zachowania seksualne Polaków. Jeszcze mniej jest badań, które pokazywałyby te kwestie w kontekście życia społecznego i zachodzących w nim przemian. Tymczasem przydatność takiej wiedzy nie może być kwestionowana; jest ona zarówno interesującym aspektem ogólnej wiedzy o naszym społeczeństwie, jak i postawą wszelkich działań edukacyjnych, czy zdrowotnych. Trudno sobie wyobrazić skuteczne kampanie nastawione na zwalczanie choćby HIV/AIDS bez właściwej diagnozy odpowiednich postaw i zachowań społecznych.

Zmiany zachodzące w obyczajowości seksualnej, rozwój antykoncepcji, obniżenie się wieku dojrzałości psychoseksualnej, z jednej strony, a możliwość przedłużania wieku aktywności seksualnej – z drugiej strony, to tylko niektóre

czynniki tworzące całkiem nową jakość w życiu ludzi, a mające także swoje reperkusje dla całego społeczeństwa. Z kolei, zachodzące u nas procesy społeczne poprzez wpływ na wyznawane wartości i style życia, kształtują także nasze wzory zachowań i relacje między partnerami, nowy stosunek do seksualności i do prokreacji. Specyficzny kontekst dla współżycia seksualnego i rozrodczości, tworzy u nas zderzanie się poglądów związanych z nauką Kościoła, i liberalną kulturą seksualną. Znajdują one odbicie w decyzjach politycznych i ustawodawstwie, prowadzących niekiedy do kontrowersyjnych rozwiązań.

Zadaniem badaczy jest stwierdzenie, na ile wszystkie te zmiany znajdują swoje odzwierciedlenie w zachowaniach ludzi. Niewątpliwie istnieje więc potrzeba systematycznych i wszechstronnych badań analizujących te zagadnienia. Próbę takiego podejścia do seksualności Polaków podejmujemy w tej książce.

Materiały analizowane w niniejszej pracy pochodzą przede wszystkim z badań empirycznych: „Wiedza, postawy społeczne wobec HIV/AIDS i zachowania seksualne” zrealizowanych przez Zbigniewa Izdebskiego, na zlecenie KC AIDS przez TNS OBOP, w roku 2001 na ogólnopolskiej, reprezentatywnej, liczącej 3200 osób, próbie udziałowej ludności w wieku 15–49 lat, oraz porównywalnych, choć nie tak obszernych badań pod tym samym tytułem zrealizowanych w 1997 roku przez tego samego autora.* Do badań tych w znacznej części poświęconych problematyce wiedzy o chorobach przenoszonych drogą płciową, zachowaniom ryzykownym i postawom wobec osób zakażonych wirusem HIV, włączono zestawy pytań dotyczących zachowań seksualnych i otwartości na sprawy seksu, obyczajowości seksualnej, stosunku do własnego ciała, zachowań prozdrowotnych, elementów stylu życia i wzorów konsumpcji, a także składników światopoglądu i przekonań na własny temat. Celem opracowania jest więc przedstawienie życia seksualnego i seksualności Polaków właśnie w kontekście uwarunkowań psychospołecznych, preferencji i wyborów dokonywanych w innych sferach ży-

* Ze względu na to, że w badaniach stanu zdrowia przyjmuje się, że osoby w wieku 15–19 lat są w pełni ukształtowane fizycznie (GUS 1997), a także ze względu na różnice w zakresie posiadanych doświadczeń seksualnych i odmienną pozycję społeczną osób często jeszcze uczących się, niektóre z naszych analiz będziemy prowadzić odrębnie dla osób w wieku 15–19 lat. Dodatkowym argumentem na rzecz odrębnego spojrzenia na najmłodszych respondentów jest fakt pozostawiania przez nich na ogół pod wpływem specyficznej, młodzieżowej podkultury.

cia, a także ich związku ze zdrowiem. Znaczna część publikacji jest poświęcona zachowaniom ryzykownym i dysfunkcjom seksualnym. Poruszono także kwestie związane z edukacją seksualną w Polsce. Wydaje się ona być niewystarczająca w świetle wyników analizowanego badania.

Praca niniejsza pisana jest z dwóch punktów widzenia – seksuologa i socjologa. W sposób naturalny każdego z Autorów interesowały nieco inne kwestie. Te same informacje mogą więc służyć do stawiania inaczej sformułowanych hipotez i zmierzać do różnych wniosków, odnoszących się do odmiennych sfer funkcjonowania człowieka. Powtórzenia, które Czytelnik może zauważyć w tekście, nie są więc efektem przeoczenia, lecz próbą pokazania określonych faktów i ocen w różnych kontekstach.

Zbigniew Izdebski, Antonina Ostrowska

Spojrzenie seksuologa

Zbigniew Izdebski

Spółdzielnie Seksofona

Wydawnictwo

Wstęp

Istotną cechą badań zachowań seksualnych jest interdyscyplinarny charakter tej problematyki. Trudno bowiem oddzielić seksualność człowieka od jego rozwoju osobowego. Dlatego też, zajmując się życiem płciowym człowieka, seksuologia musi uwzględniać nie tylko aspekty medyczne, ale również psychologiczne, socjologiczne, pedagogiczne, religijne, antropologiczne, prawne i inne. Badania seksualności człowieka mają często charakter fragmentaryczny. Profesor Mikołaj Kozakiewicz niejednokrotnie podkreślał, że daje nam to obraz nieostry, ale jednak obraz naszej rzeczywistości.

Badania obejmują specyficzne problemy związane z życiem seksualnym człowieka, jak na przykład ciąża nastolatek, choroby przenoszone drogą płciową, ryzykowne zachowania związane z HIV/AIDS, dysfunkcje seksualne. Takie epidemiologiczne podejście przyczynia się do zdiagnozowania skali zjawiska i przygotowania oferty klinicznej i doradczej w zakresie poprawienia jakości życia w obszarze zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. To także wyznacza nam programy i treści edukacyjne związane z promocją zdrowia i edukacją seksualną.

Wokół seksualności człowieka narosło wiele mitów, stereotypów i poglądów niemających potwierdzenia naukowego. Wynika to niejednokrotnie z trudności związanych z realizacją badań seksuologicznych i ich kontekstu etycznego, na przykład badań dotyczących erotyzmu dziecięcego, seksualności osób

niepełnosprawnych, problemy niektórych typów dysfunkcji seksualnych. Mało jest przykładów tak dużej rozbieżności między głoszonymi poglądami a rzeczywistymi zachowaniami ludzi jak w życiu seksualnym. Wybitnym dowodem są badania Alfreda Kinseya w Stanach Zjednoczonych.

W Polsce obserwujemy wzrost zainteresowania „techniczną” stroną seksu, wzbogaceniem repertuaru seksualnego, pogłębieniem doznań. Jest on pośrednim dowodem na dokonującą się liberalizację postaw i zachowań Polaków w sferze seksu. Niniejsza książka nie jest jednak instruktażem na temat technik seksualnych. Intencją Autora jest przede wszystkim przedstawienie obrazu współczesnego życia seksualnego w Polsce i uwrażliwienie czytelnika na istniejące problemy i zagrożenia. Czytelnik może się dowiedzieć, czego Polacy w seksie doświadczają, co lubią najbardziej, a czego się obawiają, co akceptują w sobie i innych, a na jakie zachowania nie dają przyzwolenia.

Życie seksualne Polaków

Życie seksualne człowieka można analizować ze względu na jego jakość, ale również ze względu na jego styl. Można więc powiedzieć, że ludzie na poszczególnych etapach swojego życia wybierają różne zachowania seksualne, które są wypadkową ich popędu seksualnego, możliwości psychofizjologicznych i czynników sytuacyjnych. Istotną ramą wyznaczającą zakres tych zachowań jest obyczajowość seksualna. W zachowaniach tych mogą się też pojawiać elementy, które z punktu widzenia zdrowia seksualnego można uznać za zachowania o charakterze ryzykownym: kontakty seksualne z większą liczbą partnerów czy wybór określonych technik, kontakty bez prezerwatywy, co może się wiązać z infekcjami przenoszonymi drogą płciową, w tym także HIV/AIDS. Ryzykownym zachowaniom sprzyjają alkohol i narkotyki. W Polsce niska świadomość, związana z niedostateczną edukacją seksualną, ma niewątpliwy wpływ na zachowania seksualne, zdrowie seksualne i reprodukcyjne oraz na postawy wobec antykoncepcji. Prezentując zachowania seksualne i elementy obyczajowości seksualnej Polaków warto więc szczególnie podkreślić te spośród nich, które są ryzykowne dla zdrowia.

Wszystkie wspomniane czynniki ulegają zmianom w czasie, dlatego też w miarę dostępności danych, będą je prezentować diachronicznie. Punktem odniesienia dla danych z roku 2001 będą dane z 1997 roku.

Współżycie seksualne

Charakterystyka życia seksualnego może być dokonywana na wiele sposobów, z wykorzystaniem różnych parametrów. Można więc oceniać satysfakcję z seksu, analizować głębię zaangażowania emocjonalnego, które mu towarzyszy, można wreszcie posłużyć się parametrami ilościowymi, jak częstość współżycia, liczba partnerów, ilość stosowanych technik, przeciętny czas trwania stosunku itp. Te ostatnie – najbardziej dostępne badaniom ankietowym – będą przeważały w naszej charakterystyce życia seksualnego Polaków.

W 2001 roku ponad dwie trzecie badanych (70%) miało stosunek seksualny w ciągu ostatniego roku co najmniej raz w miesiącu. Kilkakrotnie w ciągu ostatniego roku współżyło 11% respondentów, a 19% w ogóle w tym czasie nie odbywało stosunków seksualnych.

Tabela 1. Częstość stosunków seksualnych w ciągu ostatniego roku (2001, w procentach)

Częstotliwość współżycia	Ogółem N=3034	Kobieta N=1509	Mężczyzna N=1534
Nigdy	19,3	20,7	18,0
Kilka razy w roku	10,5	8,8	12,1
Raz w miesiącu	6,8	7,3	6,3
Dwa, trzy razy w miesiącu	17,7	19,0	16,4
Raz w tygodniu	15,0	15,2	14,9
Dwa, trzy razy w tygodniu	22,4	21,4	23,3
Cztery, pięć razy w tygodniu	4,1	3,8	4,4
Prawie codziennie	4,3	3,8	4,7

Większość badanych (65,5%) pytana o częstość współżycia deklaruje odbycie stosunku ze stałym partnerem w ciągu ostatnich 7 dni, zaś niemal wszyscy (93,7% spośród respondentów, którzy udzielili odpowiedzi na pytanie o częstość współżycia) – w ciągu ostatniego miesiąca. Dane mężczyzn i kobiet są zgodne, z nieco większym odsetkiem mężczyzn wskazujących odpowiedź „ostatnie 7 dni” i większym odsetkiem kobiet podających „ostatnie 4 tygodnie”.

Częstość współżycia osiąga maksimum w grupie wiekowej 25–29 lat, i ze wzrostem wieku stopniowo maleje.

Do najbardziej istotnych czynników wpływających na częstotliwość współżycia seksualnego możemy zaliczyć: wysoką ocenę życia seksualnego, rolę seksu w życiu, ocenę sprawności seksualnej oraz odczuwaną satysfakcję seksualną.

Tabela 2. Współczynniki korelacji częstotliwości współżycia w ciągu ostatniego roku (r Pearsona)

Czynniki wpływające na częstość współżycia	r Pearsona
Ocena życia seksualnego	0,343
Ocena roli seksu w życiu	0,285
Ocena sprawności seksualnej	0,221
Przeżywanie orgazmu podczas współżycia	0,202
Ocena związku, małżeństwa	0,191
Posiadanie dzieci	-0,187
Ocena atrakcyjności, wyglądu	0,129
Ocena samopoczucia, stanu ducha	0,124
Ocena atmosfery, stosunków w rodzinie	0,115
Ocena pracy zawodowej, studiów	0,099
Ocena sytuacji materialnej	0,084
Wykształcenie	-0,078
Religijność	-0,065

W badanej grupie 60% respondentów nie wskazało konkretnego dnia tygodnia, w którym zwykle odbywa stosunek płciowy, twierdząc, iż „różnie to bywa”. Jako czas realizacji seksualnej, najczęściej Polaków wybiera weekend. Najwyraźniej czas, kiedy jesteśmy bardziej wypoczęci i zrelaksowani i możemy poświęcić sobie więcej czasu, sprzyja podejmowaniu kontaktów seksualnych. W soboty seks uprawia jedna trzecia badanych Polaków, w niedziele zaś 16%.

Porą dnia najczęściej wybieraną na seks przez Polaków (83%) jest wieczór od godziny 21.00 do 24.00. Wskazuje to na znaczną unifikację miejsca, jakie życie seksualne zajmuje w budżecie czasu Polaków. W soboty 30% pytanych nadal chciałoby się kochać o tej porze, 58% natomiast wybrałoby inne pory dnia.

WE IS
UW

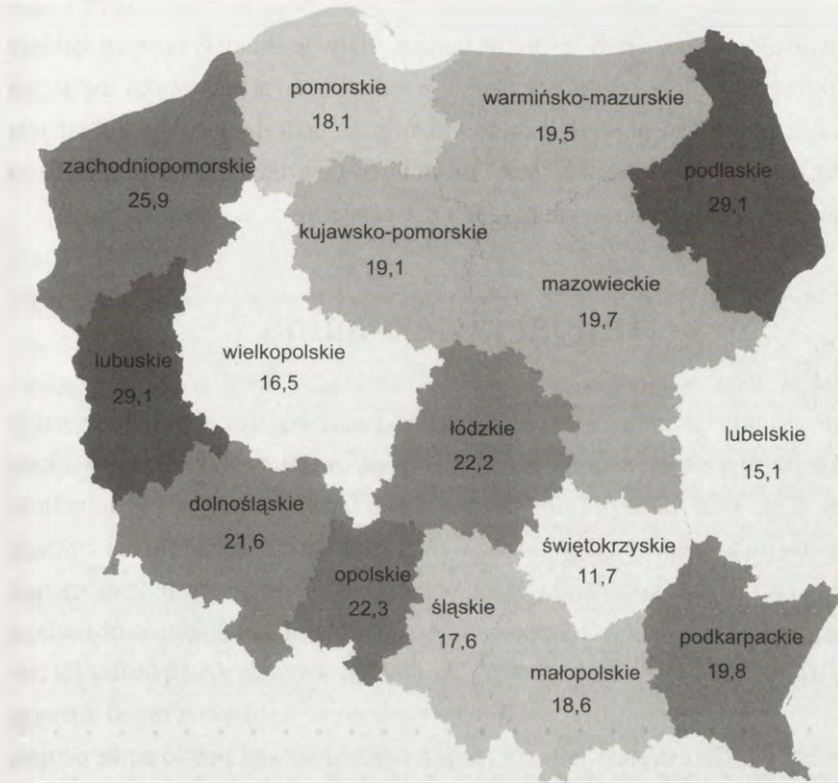
Tabela 3. Dni tygodnia, w których respondenci zazwyczaj odbywają stosunki seksualne (w procentach)

Dzień tygodnia	Ogółem N=3034	Kobieta N=1509	Mężczyzna N=1534
Poniedziałek	4,2	3,7	4,7
Wtorek	5,4	4,8	6,0
Środa	5,8	5,1	6,5
Czwartek	4,4	3,7	5,1
Piątek	11,9	10,6	13,1
Sobota	32,8	31,7	33,8
Niedziela	16,3	15,1	17,4
Różnie to bywa	60,7	61,6	59,9

Średnia długość stosunku seksualnego wśród badanych, którzy mają za sobą inicjację seksualną, wynosi 18 minut i 43 sekundy. W badaniach nie zaobserwowano różnicy w ocenie długości stosunku seksualnego przez kobiety i mężczyzn. Z wiekiem czas trwania stosunku ulega skróceniu. W pytaniu wyraźnie określono czas stosunku – miał on być liczony od momentu wprowadzenia penisa do pochwy. Pytanie to wywołało wiele emocji. W momencie opublikowania raportu z badań wielu internautów, mających bogate doświadczenia z różnymi partnerami seksualnymi, dzieliło się swoimi odczuciami wskazując, że jest to mało prawdopodobne. Niektóre kobiety prosiły wręcz o adresy mężczyzn, którzy osiągają tak długi – w ich opinii – czas trwania stosunku seksualnego, co bardziej dowcipni dyskutanci sugerowali zaś, że badane osoby do czasu trwania stosunku zaliczyli kąpiel lub dojazd. Tylko nieliczni badani wskazywali na dłuższy czas trwania stosunku seksualnego. Warto jednak podkreślić, że respondenci byli ludźmi do 49. roku życia, a więc prowadzącymi aktywne życie seksualne.

Oceniając przedstawione wyniki należy uwzględnić, że badani mogli być zaskoczeni tego typu pytaniem, bowiem nie zawsze patrzy się w tym czasie na zegarek. Niektórzy być może podając czas trwania stosunku wyrażali jedynie swoje wyobrażenia lub oczekiwania. Może to mieć wpływ na satysfakcję z życia seksualnego, a w konsekwencji prowadzić może do zmiany partnera seksualnego.

Mapa 1. Odsetek mieszkańców poszczególnych województw wskazujących najwyższe zadowolenie ze swojego życia seksualnego (2001, N=2495)



Średnia liczba partnerów seksualnych w Polsce wynosi 4,5 dla populacji do 49. roku życia. Z badań przeprowadzonych na grupie kobiet świadczących usługi seksualne* wynika, iż czas trwania stosunku z klientem, liczony od momentu wprowadzenia penisa do pochwy, w największej liczbie przypadków (35%) wynosił około 10 minut. Co czwarty stosunek (23%) trwał około 15 minut, a więcej niż kwadrans – 19% stosunków. Nie dłużej niż 5 minut trwało 14% stosunków.

* Badanie „Wiedza i przekonanie o HIV/AIDS wśród kobiet świadczących usługi seksualne” Z. Izdebskiego na zlecenie KC AIDS zrealizowane przez TNS OBOP, na próbie 400 kobiet świadczących usługi seksualne, grudzień 2002.

Dla 23% ogółu badanych seks odgrywa zdecydowanie istotną rolę, a dla 44% dość istotną. Mężczyźni częściej niż kobiety deklarują, że seks odgrywa w ich życiu zdecydowanie ważną rolę (odpowiednio 30% i 16%). Natomiast dla 23% ogółu badanych seks jest średnio ważny: takie deklaracje składały częściej kobiety niż mężczyźni (odpowiednio 26% i 20%). Wydaje się, że w przypadku mężczyzn życie seksualne jest bardziej zautonomizowane, podczas gdy dla kobiet jest składnikiem relacji emocjonalnych i intymnych związanych z partnerem. Seks pozbawiony tego kontekstu ma dla nich niższą wartość.

Inicjacja seksualna

Popęd seksualny pojawia się w różnym wieku i ma związek z płcią. Chłopcy dojrzewają później niż dziewczęta, ale są zazwyczaj inicjatorami kontaktów seksualnych. Wprawdzie biologicznie dziewczęta dojrzewają wcześniej, ale dojrzałość seksualną osiągają później, ponieważ u nich znacznie większą rolę niż czynnik biologiczny odgrywają czynniki psychologiczne, światopoglądowe i emocjonalne. Na podjęcie inicjacji u chłopców wpływa (1) potrzeba biologiczna objawiająca się silnym napięciem seksualnym, (2) miłość, fascynacja drugą osobą, (3) ciekawość oraz (4) wpływy kulturowe. Napięcie seksualne u chłopców przed inicjacją może być i zazwyczaj jest łatwo rozładowywane poprzez pobudzenie penisa, a czasami bezwiednie (polucje). Niezwykle ważnym czynnikiem jest masturbacja – im wcześniej badani rozpoczynają masturbację, tym wcześniej dążą do rozładowania napięcia seksualnego podczas stosunku ($r=0,19$).

Najważniejszym czynnikiem wpływającym na decyzję o inicjacji seksualnej dziewcząt jest życie uczuciowe i ma to niewątpliwie związek z ich wcześniejszym dojrzewaniem psychicznym. Zazwyczaj o rozpoczęciu życia seksualnego decyduje gotowość okazania miłości swojemu chłopakowi. Napięcie seksualne u dziewcząt jest znacznie mniejsze niż u chłopców. Znacznie rzadziej niż oni uprawiają też masturbację.

Do 15. roku życia (badania między 15. i 49. rokiem życia) inicjację przeszło 7% badanych, w tym 3% kobiet i 10% mężczyzn. Średni wiek inicjacji seksualnej w 2001 roku wyniósł 19,12 lat dla Polek i 18,32 lat dla Polaków. Średni wiek

jest nieco niższy, niż wskazywały deklaracje w badaniu z 1997 roku, gdzie dla kobiet średni wiek inicjacji wynosił 19,34, dla mężczyzn zaś 18,43.

Jak pokazały nasze badania, wiek, w którym podejmuje się życie seksualne, jest uzależniony od wykształcenia. Im jest ono wyższe, tym później następuje inicjacja ($r=0,17$). Ma to niewątpliwie związek również z wiekiem zawierania małżeństwa i wcześniejszym wchodzeniem w stałe związki osób, które nie kontynuują nauki.

Na przestrzeni ostatnich czterech lat wydłużył się średni okres między inicjacją seksualną a zawarciem pierwszego małżeństwa z trzech (w 1997 roku) do pięciu lat w 2001 roku. Wynika to z dwóch powodów: wcześniejsza inicjacja seksualna i późniejsze wstępowanie w związki małżeńskie. Średni okres pomiędzy inicjacją kobiet i ich zamążpójściem wydłużył się z dwóch do trzech lat, w przypadku mężczyzn z czterech do sześciu lat. Jest to niewątpliwie oznaką istotnych zmian obyczajowych, mających swe źródła w priorytetach ludzi młodych.

Najważniejsze okazują się dla nich wykształcenie, praca, stabilizacja, a dopiero na kolejnym etapie życia zawarcie związku formalnego. Dwukrotnie dłuższy okres od inicjacji do zawarcia związku formalnego u mężczyzn wynika także z wcześniejszego rozpoczynania przez nich życia seksualnego.

Na przestrzeni ostatnich czterech lat różnica pomiędzy średnim wiekiem chłopców rozpoczynających życie seksualne jest znacznie mniejsza niż dziewcząt. O ile w przypadku chłopców średni wiek obniżył się o 0,1 roku (z 18,42 do 18,32), o tyle w przypadku dziewcząt 0,22 (19,32 do 19,12). Należy podkreślić, że spadek ten jest niewielki.

Do czynników sprzyjających wczesnej inicjacji seksualnej dziewcząt i chłopców można zaliczyć używki: zażywanie narkotyków, palenie papierosów ($r=17$) oraz picie alkoholu, mające bezpośredni związek ze stylem życia młodych ludzi. Jednak analiza regresji wielorakiej wskazuje, że czynnikami, które w największym stopniu wpływają na decyzję o podjęciu życia seksualnego, jest wiek i stosunek do religii. Najwcześniej inicjację seksualną mają za sobą osoby niewierzące ($r=0,23$): w tej grupie dla kobiet średni wiek inicjacji seksualnej wynosi 18,04, dla mężczyzn zaś 17,58.

Partnerzy seksualni i związki seksualne

Posiadanie stałego partnera jest jednym z czynników minimalizujących szansę wystąpienia ryzykownych zachowań seksualnych. Stały partner, to – jak nakazuje określić go metodologia przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia – osoba pozostająca w stałym związku od co najmniej 12 miesięcy. Analizując przeobrażenia, jakie dokonały się w Polsce w okresie pomiędzy badaniami w 1997 i 2001 roku, należy zwrócić uwagę na wzrost o 5 punktów procentowych odsetka badanych, którzy aktualnie w ogóle nie posiadają partnera: z 12% do 17%. Co piąty mężczyzna do 49. roku życia oraz 13% kobiet nie posiadają stałego partnera. Odsetek kobiet i mężczyzn – w całej populacji 15–49 lat – deklarujących współżycie z dwoma partnerami na przestrzeni ostatnich czterech lat nie uległ zmianie i wynosi 8%. Natomiast wśród osób będących w chwili badania w związkach formalnych 15% przyznaje się, że ma stałego partnera poza mężem i żoną (odpowiednio 15,1% kobiet i 15,3% mężczyzn). Funkcjonujące w potocznym myśleniu stereotypy przypisują tego typu związki przede wszystkim mężczyznom, jednak wyniki pokazują zupełnie coś innego: związki tego typu są udziałem zarówno kobiet, jak i mężczyzn, i płeć nie różnicuje sytuacji badanych.

Tabela 4. Charakterystyka badanych (w procentach)

Badani	Ogółem N=2702	Kobiety N=1348	Mężczyźni N=1352	Ogółem N=3200	Kobiety N=1587	Mężczyźni N=1613
	1997			2001		
Nie ma partnera	12,1	9,8	14,3	17,1	12,9	21,3
Ma jednego partnera	64,3	65,8	62,9	60,2	63,7	56,7
Ma dwóch partnerów	8,3	8,5	8,2	8,4	8,8	8,1
Nie współżył seksualnie	15,0	15,6	14,5	14,3	14,6	13,9
Brak danych	0,3	0,3	0,2	–	–	–

Młodzi Polacy, skupieni na nauce, pracy, karierze, mają coraz mniej czasu na związki partnerskie. Rosnąca konkurencja na rynku pracy i duże bezrobocie wymuszają niejako na nich nastawienie na edukację, która zapewnia lepszy start na rynku pracy. Jak pokazują dane Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 roku, na przestrzeni ostatnich 14 lat spadł odsetek osób zawierających małżeństwa, zmniejszyła się też liczba rodzin z dziećmi. Kolejną barierą utrudniającą zawarcie lub utrzymanie stałego związku jest z pewnością wysoki koszt usamodzielnienia się młodych ludzi, w tym również ceny mieszkań. Część z nich odkłada więc moment wspólnego zamieszkania i zamążpójścia do chwili uzyskania niezależności materialnej.

Ponad 60% badanych uważa, że zawsze będą razem ze swoim partnerem, z czego 43% jest o tym całkowicie przekonanych. Około 5% Polaków uważa, że ich związek ulegnie zerwaniu, w tym 2% jest tego niemal pewnych. Z wiekiem badani nabierają pewności, że zawsze będą razem z aktualnym partnerem. W grupie wiekowej 15–16 lat taką pewność ma jedynie 11% młodzieży, w grupie 20–24 lata, kiedy zwykle następuje stabilizacja związków, odsetek ten rośnie do 35%. Wśród najstarszych badanych ponad połowa jest pewna trwałości swojego związku. Doświadczenia wspólnego życia i możliwość wielokrotnego dostosowania się do siebie nawzajem są czynnikami cementującymi związek.

Im bardziej religijni są badani Polacy, tym bardziej ufają, że zawsze będą razem ze swoim partnerem ($r=0,18$, $p<0,01$). W grupie głęboko wierzących 47% badanych jest przekonanych, że ich związek się nie rozpadnie, podczas gdy wśród niewierzących taką deklarację składa dwukrotnie mniej respondentów (23%). Wierność zasadom religii wyraźnie sprzyja więc respektowaniu zasady wierności jednemu partnerowi i przysiędze małżeńskiej.

Osoby, które podejrzewają, że ich związek może nie być trwały (37% badanych pozostających w stałych związkach) wybrały w badaniu następujące odpowiedzi: „mam nadzieję, że tak długo, jak oboje będziemy się starać, możemy pozostać razem”, „czasami się martwię, że ja i mój partner nie będziemy razem”, „myślę, że istnieje prawdopodobieństwo, że ja i mój partner nie będziemy razem” oraz „jest bardzo mało prawdopodobne, że ja i mój partner będziemy razem jeszcze dużo dłużej”. Ci, którzy są przekonani, że z obecnym partnerem spędzą resztę życia (63%), wskazali odpowiedź „wierzę głęboko, że ja i mój partner będziemy razem zawsze”.

Istotne różnice w ocenie trwałości związku występują pomiędzy mieszkańcami miast i wsi. Wśród mieszkańców wsi grupa przekonanych, że ich związek będzie trwały, stanowi 68%, podczas gdy wśród mieszkańców miast powyżej 500 tys. mieszkańców – 55%. Najwięcej przekonanych o tym, że spędzą ze swoim parterem resztę życia, jest wśród rolników (73%). Czynnikiem wspomagającym tę zależność jest stosunkowo większa religijność mieszkańców wsi, a także – być może – silniejsza kontrola społeczna stojąca na straży „moralności”.

Ważny wpływ na poczucie trwałości związku ma także aktualny stan cywilny badanych: 69% pozostających w związku małżeńskim twierdzi, że ich małżeństwo będzie trwałe, podczas gdy jedynie 29% osób rozwiedzionych jest przekonana, że trwały będzie ich aktualny związek. Wśród panien i kawalerów 47% wierzy w trwałość aktualnego związku.

Potoczne przekonania, iż dzieci „cementują” związek, nie potwierdzają wyniki badań. Choć osoby posiadające dzieci częściej są przekonane o trwałości swojego związku niż te, które nie mają dzieci, to aż co trzeci badany rodzic ma wątpliwości co do trwałości swojego związku.

Siła przekonania o trwałości związku jest związana z wysoką oceną aktualnego związku ($r=0,47$) i życia seksualnego ($r=0,30$). Osoby, które uzyskują spełnienie w życiu seksualnym są częściej przekonane, że ich związek będzie trwały. Osoby takie stanowią 66% badanych, którzy osiągnęli orgazm, „zawsze lub prawie zawsze” i 51% tych, którzy osiągnęli go bardzo rzadko. Co ciekawe, przeświadczenie o trwałości aktualnego związku jest związane z niezwykle tradycyjnymi formami życia seksualnego Polaków.

Również przeświadczenie o zdradzie partnera wpływa na sposób myślenia o przyszłości aktualnego związku. Wśród osób podejrzewających zdradę, 41% jest przekonanych, że ich związek będzie jednak trwały, podczas gdy takie przekonanie wśród osób twierdzących, że partner jest wierny, deklaruje aż 72%.

Na przeświadczenie o trwałości związku ma wpływ przede wszystkim ocena aktualnego związku formalnego, nieco mniejszy – płeć badanych oraz wiara i wyznawane wartości, natomiast praktycznie bez znaczenia jest pochodzenie środowiskowe.

Tabela 5. Zmienne społeczno-demograficzne wyjaśniające ocenę trwałości związku (wyniki analizy regresji liniowej)

Zmienne	Wagi beta
Ocena małżeństwa	0,465
Płeć	-0,108
Religia	0,089
Miejsce zamieszkania do 15. roku życia	0,062
Wartość R ²	0,457

Omawiane wyniki badań pozwoliły na konstatację ciekawego faktu. Wśród badanych jedynie nieliczni mają świadomość, że są zdradzani. Wśród osób mających stałego partnera 4,2% uważa, że współżyje on z kimś innym. Na pytanie, czy zdarzyła się respondentowi co najmniej raz w życiu zdrada (odbycie stosunku seksualnego z inną osobą niż mąż, żona czy stały partner), co czwarty badany zadeklarował, że zdrada miała miejsce. Do zdrady partnerki przyznało się 33% mężczyzn, zaś 16% kobiet zdradziło swoich partnerów. Do kontaktów seksualnych poza regularnym partnerem istotnie częściej przyznają się:

- mężczyźni (33%),
- osoby w wieku 40–49-let (28%),
- osoby z wykształceniem wyższym magisterskim (31%) i po technikum/liceum zawodowym (29%),
- mieszkańcy miast liczących 500 tys. i więcej mieszkańców (35%) i 20–50 tys. mieszkańców (33%),
- osoby niewierzące (46%) oraz wierzące, lecz niepraktykujące (37%),
- osoby w stanie wolnym (30%) i po rozwodzie (52%),
- inteligencja, kadra kierownicza (33%) i właściciele prywatnych firm (35%),
- osoby, które deklarują odbycie seksu oralnego z wytryskiem do ust partnera (46%),
- osoby, które uprawiały seks analny (38%),
- osoby, które oceniają swoje życie seksualne jako „raczej złe” (40%),
- osoby, które deklarują, że seks odgrywa ważną rolę w ich życiu (30%).

Do analizy współzależności między tymi cechami i skłonnością do zdrady wyodrębniono tylko tych badanych, którzy potrafili odpowiedzieć na pytanie, czy

partner ich zdradza. Uzyskano współczynnik korelacji Pearsona na poziomie 0,220. W tak wyodrębnionej grupie respondentów (osoby żyjące w stałym związku potrafiące określić, czy partner ich zdradza czy też nie) uzyskano następujące wyniki:

- 75,2% nie zdradziło i uważa, że aktualny partner też ich nie zdradza,
- 2% nie zdradziło, lecz uważa, że aktualny partner ich zdradza,
- 20,1% zdradziło w przeszłości, lecz uważa, że aktualny partner nie dopuszcza się zdrady,
- 2,6% zdradziło w przeszłości i uważa, że aktualny partner też ich zdradza.

Czynniki wyjaśniające zdradę – to starszy wiek, brak poczucia miłości podczas pierwszego stosunku seksualnego, masturbacja, dłuższy czas trwania stosunku seksualnego, negatywna ocena swojego życia seksualnego, korzystanie z agencji towarzyskich, niska religijność. Zależność od wieku w sposób oczywisty wiąże się z faktem, że osoby dłużej żyjące i o dłuższym „stażu” współżycia płciowego miały więcej okazji do zdrady niż osoby dopiero rozpoczynające życie seksualne. Pozostałe czynniki są natomiast wypadkową własnych preferencji i doświadczeń.

Tabela 6. Zmienne wyjaśniające kontakty seksualne poza stałym partnerem seksualnym (Czy kiedykolwiek w ciągu życia zdarzyło się Panu(i) przynajmniej raz zdradzić [odbyć stosunek seksualny z inną osobą] męża, żonę czy stałego partnera?; wyniki regresji liniowej)

Zmienne	Wagi beta
Wiek	0,246
Uczucie miłości podczas pierwszego stosunku	-0,211
Masturbacja	0,209
Długość stosunku seksualnego	0,203
Korzystanie z agencji towarzyskich	0,162
Ocena swojego życia seksualnego	-0,162
Religijność	-0,159
Wartość R ²	0,368

Wyniki naszego badania wskazują, że częstym motywem zdrady jest poszukiwanie możliwości samorealizacji seksualnej poza małżeństwem. Zastanawia

fakt, że w grupie mężczyzn zdradzających są często ci, którzy charakteryzują się krótkim stażem życia małżeńskiego. Możliwe że w grupie tej znalazły się osoby, które zawarły związek małżeński pod przymusem ciąży, a ciąża stała się jedynym motywem podjęcia decyzji o ślubie. W wielu przypadkach mogło to wpłynąć na jakość relacji w małżeństwie i spowodować, że młodzi ludzie znużeni obowiązkami „przedłużają” w ten sposób swoją młodość.

Jest też pewna kategoria mężczyzn, u których w późniejszej fazie życia zaczynają się pojawiać problemy seksuologiczne, na przykład związane z zaburzeniami erekcji. Niejednokrotnie problemy te przypisują oni zmniejszającej się atrakcyjności seksualnej wieloletniej partnerki (wiek, otyłość itp.), nową partnerkę traktują jako lek na zaistniałe problemy. Zwykle okazuje się, że nie jest to metoda na rozwiązanie problemów, lecz często sposób na ich pogłębienie.

Zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn ważnym motywem zdrady jest chęć potwierdzenia własnej atrakcyjności. Rozwój edukacji i popularyzacja problematyki seksualnej prowadzona w czasopiśmie kobiecych wzmocniły polskie kobiety w dążeniu do egzekwowania ich seksualnych praw i zaspokajania potrzeb. Często w aktualnych związkach nie jest to możliwe.

Mówienie o seksie w Polsce najlepiej sprawdza się w opowiadaniu dowcipów. Zdecydowanie gorzej przedstawia się wzajemna komunikacja pomiędzy partnerami. Często nie potrafimy mówić o swoich potrzebach, pragnieniach i upodobaniach seksualnych.

Liczba partnerów może niekiedy w znacznej mierze determinować ryzykowne zachowania związane z seksem. Identyfikacja grup społeczno-demograficznych, które częściej niż inne podejmują kontakty seksualne z większą liczbą partnerów, stanowi zasadniczy element opracowania strategii edukacyjnej związanej z propagowaniem bezpieczniejszego seksu.

W badaniu z 2001 roku odsetek deklarujących współżycie z osobą inną niż stały partner/współmałżonek w ciągu ostatnich 12 miesięcy zmniejszył się z 18 (1997) do 14. Spadek ten wskazuje, że Polacy w stałych związkach stali się nieco bardziej wierni i odbywają mniej stosunków seksualnych z nieregularnymi partnerami.

Połowa badanych (51%), wśród deklarujących seks nieregularny, przyznaje się do jednego nieregularnego partnera seksualnego w ciągu ostatniego roku, 26% – do dwóch partnerów, 28% zaś – do trzech lub więcej partnerów.

Największą liczbę nieregularnych partnerów obserwujemy wśród respondentów w grupach wiekowych 20–24 i 25–29 lat, zwłaszcza wśród mężczyzn: średnia liczba partnerek wyniosła w tych grupach odpowiednio 3,06 i 3,08. W przypadku kobiet średnia liczba partnerów nieregularnych w ciągu ostatniego roku wyniosła 1,62 i 1,50. Większość nieregularnych kontaktów seksualnych odbywała się z osobami znanymi wcześniej. Jedynie 14% badanych (w 1997 – 12%) deklaroowało, że swojego ostatniego nieregularnego partnera spotkało po raz pierwszy. Spośród partnerów znanych wcześniej, największa grupa została określona jako „znajomi” (37%), „przyjaciel/przyjaciółka” (34%) oraz „mój chłopak/dziewczyna” (23%). Z wiekiem obniża się też odsetek badanych, którzy zadeklarowali użycie prezerwatywy podczas ostatniego stosunku z nieregularnym partnerem.

Techniki seksualne

Mówiąc o technikach seksualnych mamy na myśli formy pobudzania w relacjach seksualnych, które mogą koncentrować się na pieszczotach, określonych pozycjach stosowanych przez partnerów we współżyciu seksualnym, na przykład tak zwana pozycja klasyczna. Techniki seksualne są także związane z pobudzaniem stref erogennych.

Praktykowane techniki seksualne uwarunkowane są otwartością parterów na sprawy seksu, co z kolei wiąże się z ich wykształceniem oraz – a w Polsce szczególnie – stosunkiem do religii. Wraz z przemianami społeczno-obyczajowymi związanymi z otwarciem się kraju na wpływy Zachodu, zmianom uległa obyczajowość seksualna. Również w seksuologii zmieniła się interpretacja określonych technik seksualnych jako zachowań o charakterze dewiacyjnym, na przykład masturbacja, seks oralny. Myślenie stereotypami może mieć wpływ na zahamowania w samorealizacji seksualnej. W relacjach seksualnych ważne jest poszanowanie praw i oczekiwań drugiej osoby. Nigdy nie powinno się zdarzyć tak, aby realizacja potrzeb jednej osoby odbywała się kosztem tej drugiej.

Poniżej prezentuję najbardziej atrakcyjne dla Polaków techniki seksualne stosowane w grupie respondentów po inicjacji seksualnej. Jak pokazują dane badań (2001, N=2743) Polacy preferują tradycyjne techniki. Mniej mężczyzn niż kobiet lubi się całować, natomiast więcej mężczyzn niż kobiet lubi pieścić

narządy płciowe i być pieszczonym ręką. Seks oralny oraz zmiany pozycji podczas współżycia preferują mężczyźni.

Tabela 7. Najbardziej atrakcyjne techniki seksualne (badani, którzy inicjowali seksualnie; N=2743, 2001; w procentach)

Technika seksualna	Ogółem	Kobiety	Mężczyźni
Pocałunek w usta	64	70	58
Pieszczenie piersi	63	64	62
Pieszczenie ręką narządów płciowych	51	46	56
Pieszczenie innych części ciała	45	45	45
Seks oralny	40	31	49
Zmiana pozycji	34	27	41
Oglądanie filmów erotycznych	10	7	13
Oglądanie czasopism erotycznych	7	4	9
Striptiz	6	3	9
Seks analny	4	2	6
Oglądanie erotyki w Internecie	2	1	3
Przebieranki, odgrywanie ról	2	2	2
Korzystanie z erotycznej linii telefonicznej	1	0,3	1
Seks grupowy	2	1	2
Seks sadomasochistyczny	2	1	2

Dane ze wspomnianego już badania na temat HIV/AIDS prowadzonego na grupie kobiet świadczących usługi seksualne wskazuje, że wachlarz usług seksualnych oferowanych przez prostytutki jest znacznie szerszy niż... Do najczęściej świadczonych usług należą seks waginalny z użyciem prezerwatywy (89% badanych świadczy taką usługę), pobudzanie ręką członka partnera (81%) oraz seks oralny z prezerwatywą (76%).

W badaniu z 1997 roku 26% (N=2702) respondentów deklarowało, że miało kontakt oralny z wytryskiem do ust partnera. W badaniu z 2001 roku (N=3200) takie deklaracje złożyło 19% spośród wszystkich badanych. Na różnicę wyników, oprócz faktu prawdopodobnej zmiany zachowań, mógł mieć wpływ sposób zadawania pytania. W 1997 roku badanych pytano jedynie o stosunek oralny z wytryskiem do ust. Natomiast w 2001 roku możliwy był wybór odpowiedzi: „Tak, z wytryskiem do ust”, „Tak, bez wytrysku do ust”. W 2001 roku 41% (zsumowane odpowiedzi) badanych miało stosunek oralny; (36% kobiet i 47% mężczyzn). Mężczyźni (24%)

częściej deklarowali odbycie stosunku oralnego z wytryskiem do ust niż kobiety (13%). Natomiast podobny odsetek kobiet i mężczyzn deklarował, iż miał stosunek oralny bez wytrysku do ust (odpowiednio 23% kobiet i 22% mężczyzn).

Tabela 8. Usługi seksualne oferowane przez kobiety pracujące w seksbiznesie (w procentach)

Seks waginalny z prezerwatywą	89
Pobudzanie ręką członka partnera	81
Seks oralny z prezerwatywą	76
Całowanie w policzek	56
Erotyczne rozmowy	54
Seks z osobą powyżej 60. roku życia	50
Praca z koleżanką	48
Striptiz	39
Seks między piersiami	35
Pobudzanie pochwy ręką przez partnera	33
Współżycie seksualne podczas miesiączki	29
Masturbacja	26
Seks z osobą poniżej 18. roku życia	23
Odgrywanie roli na życzenie klienta	22
Obnażanie się wobec obcych osób	22
Seks udowy	21
Głębokie pocałunki	20
Posiadanie wielu partnerów seksualnych	20
Seks analny z prezerwatywą	17
Seks oralny bez prezerwatywy	14
Wspólne używanie wibratora lub innych zabawek erotycznych	12
Orgie (seks grupowy)	11
Biczowanie siebie lub partnera	11
Wytrysk do ust	10
Wytrysk na twarz	10
Seks waginalny bez prezerwatywy	9
Pozowanie do zdjęć erotycznych	4
Nagrywanie filmów erotycznych	3
Seks analny bez prezerwatywy	3
Kontakt z moczem partnera	2
Inne	2
Kontakty z odchodami	1

Mówiąc o życiu seksualnym, mamy zazwyczaj na myśli stosunek seksualny z wprowadzeniem członka do pochwy. Zdarzają się jednak sytuacje, w których „dziewice” prowadzą aktywne życie seksualne oparte na seksie oralnym czy analnym (z medycznego punktu widzenia nie następuje defloracja). Z omawianych przez nas badań wynika, że osoby, które jeszcze nie inicjowały seksualnie – w tradycyjnym rozumieniu, mówiącym o wprowadzeniu penisa do pochwy – mają za sobą już pewne formy aktywności seksualnej: 30% spośród nich pieściło piersi, 18% pieściło ręką narządy płciowe partnera/partnerki, 22% pieściło inne części ciała partnera/partnerki, seks oralny uprawiało 8%, analny zaś 1%. Do świadczenia płatnych usług seksualnych przyznało się 1,6% badanych, do form sado-masochistycznych – 1,8%. Pierwsze pocałunki erotyczne ma już za sobą 62% osób przed inicjacją seksualną.

Kontakty analne stanowią najbardziej ryzykowną formę zachowań seksualnych pod względem możliwości zakażenia się wirusem HIV. Spełnione są tu wszystkie niebezpieczne warunki: obecność nasienia i nierzadko krwi, delikatna, bardzo dobrze ukrwiona błona śluzowa odbytu, która często ulega uszkodzeniu podczas penetracji, długi czas ekspozycji na wirus w sytuacji, kiedy nie jest stosowana prezerwatywa. Odsetek badanych, którzy deklarowali odbycie stosunku analnego, wyniósł w badaniu z 1997 roku 12% (N=3200), a z roku 2001 – 14% (N=3200). W badaniu z 2001 roku o 3,4 punkta procentowego w stosunku do roku 1997 zwiększył się odsetek mężczyzn, którzy mieli kiedykolwiek stosunek analny: z 12,7% do 16,1%. Wśród kobiet odsetek pozostał praktycznie niezmienny (w 1997 roku – 11%, w 2001 – 12%).

W 1997 roku 7% kobiet oraz 7% mężczyzn stwierdziło, że czuło pociąg seksualny do osób swojej płci. W 2001 roku deklaracje były zbliżone: 7% kobiet i 6% mężczyzn przyznało, że czuło lub nadal czuje pociąg seksualny do osób tej samej płci. Natomiast w porównaniu z rokiem 1997, w badaniu z 2001 roku odnotowano relatywnie większy odsetek braku danych i wzrósł on o 6,5 punkta procentowego (odpowiednio z 2,4% do 8,9%).

W związku z pociąganiem do osób tej samej płci badani odczuwali najczęściej ciekawość (21%), a następnie zażenowanie (12%), przyjemność (10%) i niepokój (9%). Kobiety częściej niż mężczyźni odczuwają w tego typu kontaktach ciekawość (odpowiednio 23% i 18%) i przyjemne podniecenie (10% i 3%). Polacy natomiast częściej niż Polki odczuwają zażenowanie (16% i 9%) i wstyd (9% i 6%).

Doświadczenia kontaktu seksualnego z osobą tej samej płci zadeklarowało 3% kobiet oraz 2% mężczyzn. W 1997 roku odsetek badanych, którzy zadeklarowali kontakt seksualny z osobą tej samej płci, wynosił: dla kobiet 4%, dla mężczyzn zaś 3%. Warto wspomnieć, że na pytanie o doświadczenia homoseksualne wystąpił znaczący brak odpowiedzi.

Antykoncepcja

Niemal dwie trzecie badanych podczas ostatniego stosunku ze stałym partnerem stosowała jakąś metodę antykoncepcyjną. Najpopularniejszym środkiem antykoncepcyjnym jest prezerwatywa, szczególnie popularna wśród osób młodszych i nieżyjących w małżeństwie. Podczas ostatniego stosunku z regularnym partnerem 21% badanych użyło prezerwatywy. Znamienne, że 32% respondentów nie stosowało żadnej metody antykoncepcyjnej.

Tabela 9. Metody planowania rodziny i zapobiegania ciąży stosowane podczas ostatniego stosunku ze stałym partnerem (w procentach)

Metoda	Ogółem N=963	Ogółem N=857
	1997	2001
Prezerwatywa	20,8	20,6
Stosunek przerywany	15,1	12,0
Tabletki antykoncepcyjne	8,3	10,8
Kalendarzyk małżeński	9,8	8,1
Spirala domaciczna	4,8	3,8
Metoda objawowa	1,8	1,2
Głobulki /żele /pianki	0,3	0,7
Kapturek /krążek dopochwowy	–	0,2
Inne metody	1,4	2,4
Żadna	30,1	32,4
Brak danych	7,6	7,8

W 2001 roku wśród respondentów pozostających w związku formalnym lub nieformalnym, którzy współżyli w ciągu ostatniego miesiąca, 33% nie zastosowało żadnej metody zapobiegania ciąży. W tej grupie badanych, jeśli stosowano jakiś środek antykoncepcyjny, była nim prezerwatywa (22%).

Tabletki antykoncepcyjne najczęściej stosują ludzie młodzi, w wieku 15–19 lat (20,4%) i 20–24 lata (29,6%). Również prezerwatywy najczęściej stosują osoby stosunkowo młode – w wieku 20–24 lata.

Tabela 10. Wiek respondentów a stosowane metody zapobiegania ciąży podczas ostatniego stosunku ze stałym partnerem w ciągu ostatniego miesiąca (2001, N=605; w procentach)

Metoda zapobiegania ciąży	Wiek				
	15–19 lat	20–24 lata	25–29 lat	30–39 lat	40–49 lat
Tabletki antykoncepcyjne	20,4	29,6	13,3	23,5	13,3
Prezerwatywy	17,9	29,1	23,1	17,9	11,9
Metody naturalne	12,0	20,0	14,4	26,4	27,2
Nie stosuje	10,2	22,7	11,1	22,7	33,3

Z tabletek antykoncepcyjnych i z prezerwatyw korzystają najczęściej osoby, które nie zawarły formalnego związku. Metody naturalne zaś stosują najczęściej osoby pozostające w związku małżeńskim. W tej grupie respondentów znajduje się najwięcej osób, które nie stosują żadnego zabezpieczenia podczas stosunków seksualnych.

Tabela 11. Stan cywilny a stosowane metody zapobiegania ciąży, podczas ostatniego stosunku ze stałym partnerem w ciągu ostatniego miesiąca (2001, N=605; w procentach)

Metoda zapobiegania ciąży	Stan cywilny		
	panna/kawaler	mężatka/żonaty	rozwód/wdowa/ inne
Tabletki antykoncepcyjne	64,3	21,4	14,3
Prezerwatywy	68,7	24,6	6,7
Metody naturalne	40,8	52,0	7,2
Nie stosuje	41,1	52,2	6,8

Osoby, które używają tabletek antykoncepcyjnych, deklarują częstsze odbywanie stosunków seksualnych. Ponad połowa respondentów (51,5%) deklarujących używanie tabletek antykoncepcyjnych podczas stosunków seksualnych

w ciągu ostatniego miesiąca ze swoim partnerem współżyje seksualnie co najmniej 2-3 razy w tygodniu.

Tabela 12. Częstotliwość odbywanych stosunków seksualnych a metody zapobiegania ciąży podczas ostatniego stosunku ze stałym partnerem w ciągu ostatniego miesiąca (2001, N=605; w procentach)

Metoda zapobiegania ciąży	Częstotliwość					
	prawie codziennie	cztery lub pięć razy w tygodniu	dwa lub trzy razy w tygodniu	raz w tygodniu	dwa lub trzy razy w miesiącu	rzadziej
Tabletki antykoncepcyjne	7,2	10,3	34,0	18,6	17,5	12,4
Prezerwatywy	3,8	3,8	27,3	21,2	20,5	23,5
Metody naturalne	5,6	7,2	32,0	18,4	25,6	11,2
Nie stosuje	10,7	4,1	26,0	21,4	20,4	17,3

Prezerwatywy w Polsce

Prezerwatywa, zwana inaczej kondomem, stosowana jest od wieków. Pierwsza znana opublikowana o niej wzmianka pochodzi z 1564 roku. Natomiast stosowanie osłon zakładanych na członek męski w celu zapobiegania chorobom przenoszonym drogą płciową znane jest przynajmniej od 1350 roku p.n.e. Jako środek antykoncepcyjny prezerwatywa jest znana od XVI wieku. Odkrycie wulkanizacji gumy w 1839 roku spowodowało, że kondom stał się powszechnie dostępny. Od lat trzydziestych XX wieku prezerwatywy lateksowe są stosowane do zapobiegania ciąży i przeciw zakażeniu chorobami przenoszonymi drogą płciową. Pojawienie się w latach sześćdziesiątych doustnych środków antykoncepcyjnych spowodowało spadek użycia kondomów. Światowa epidemia chorób* przenoszonych drogą płciową, a zwłaszcza HIV/AIDS, sprawiła, że na początku lat osiemdziesiątych zainteresowanie prezerwatywą znów wzrosło.

*Badanie Z. Izdebskiego dla UNIMIL „Dostępność prezerwatyw w Polsce”, zrealizowane przez TNS OBOP, grudzień 2001.

Jak na razie jest to jedyny środek, którego prawidłowe użycie znacznie ogranicza możliwość zakażenia się STI (ang. *sexually transmitted infections* – infekcje przenoszone drogą płciową).

Dostępność prezerwatyw w Polsce obliczono – zgodnie z metodologią Światowej Organizacji Zdrowia – na podstawie szacunku liczby ludności w wieku 15–49 lat zamieszkującej rejony badania, w których prezerwatywy były dostępne w sposób ciągły, w stosunku do całej liczby ludności w wieku 15–49 lat, zamieszkującej wszystkie badane regiony. Wskaźnik dostępności prezerwatyw dla obszarów wiejskich i miejskich wynosi w Polsce 0,97. Oznacza to, że w niemal 97% wszystkich regionów objętych badaniem (zamieszkanym przez 93% ludności) prezerwatywy w ciągu ostatnich 12 miesięcy były stale dostępne. W rejonach wiejskich występuje znacznie mniej punktów sprzedaży prezerwatyw (rzadziej bowiem usytuowane są tam stacje benzynowe i kioski), lecz poziom ich dostępności jest taki sam jak w rejonach miejskich. Należy zaznaczyć, iż dostępność prezerwatyw w obszarach wiejskich poprawiła się na przestrzeni czterech lat z 83% do 97%.

Stuprocentowa dostępność prezerwatyw występuje w hipermarketach, gdzie na bieżąco ilość towarów jest kontrolowana i w razie niedoboru uzupełniana. W 98% kiosków, w których prowadzi się sprzedaż prezerwatyw, są one dostępne przez 12 miesięcy w roku. W małych sklepach samoobsługowych i z obsługą ładową występuje najniższy wskaźnik dostępności.

Pojawienie się w Polsce hipermarketów sprawiło, że ludzie kupujący w nich prezerwatywy czują się przy zakupie mniej skrępowani. Choć z badań nad sprzedawcami wynika, że prezerwatywy kupują przeważnie mężczyźni (81%), dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn. W dużych miastach odsetek sprzedawców mówiących, że zakupem prezerwatyw zajmują się mężczyźni, spada do 76, na wsiach zaś wynosi 83, gdzie ze względów obyczajowych sytuacja kupna jest bardziej krępująca. Większość sprzedawców (67%) prowadzących punkty dystrybucji prezerwatyw twierdzi, że kupowanie prezerwatyw nie jest dla klientów krępujące, choć w mniejszych miastach (do 20 tys. mieszkańców) i na wsi kupując prezerwatywy klienci czują się bardziej skrępowani niż mieszkańcy większych miejscowości. Wśród prowadzących punkty dystrybucji prezerwatyw na wsi 43% uważa, że kupowanie prezerwatyw jest krępujące dla klientów. W dużych miastach tylko co piąta osoba sprzedająca prezerwatywy uważa, że ich klienci czują się skrępowani.

Sprzedawcy w punktach, w których są dostępne prezerwatywy, spotykają się czasami z naciskami, aby produkty usunąć ze sprzedaży. Zjawisko to ma jednak niewielką skalę (3%). Co ciekawe, punkty, w których miała miejsce taka sytuacja, znajdowały się w miejscowościach różnej wielkości. Na wsiach i w miastach (100–200 tys. mieszkańców) zjawisko to dotyczyło najwyżej 5% punktów. W dwóch przypadkach pod wpływem nacisków właściciele punktów dystrybucji na dłuższy czas wycofali się ze sprzedaży prezerwatyw. Respondenci cytowali argumenty przytaczane w takich sytuacjach: „Niektórym ludziom nie podobały się fotografie nagich kobiet na opakowaniu prezerwatyw”; „Księża nazywali nas szarlatanami”; „Pojawiły się naciski ze stron matek, że za bardzo prezerwatywy są wyekspozowane, a to źle dla dzieci”; „Ksiądz pouczał mnie, że przez prezerwatywy są wszystkie choroby weneryczne i AIDS – w odpowiedzi został pouczony, że nie wkłada się ich na głowę”.

W 7 na 23 przypadki naciski na sprzedawców, aby zaprzestali sprzedaży prezerwatyw, wystąpiły ze strony duchownych (księży).

Używanie prezerwatywy w Polsce

W Polsce prezerwatywa stanowi jeden z najbardziej popularnych środków antykoncepcyjnych. W 1997 roku rozpakowaną prezerwatywę widziało 94% badanych. W 2001 roku odsetek ten wyniósł 92. Największy odsetek badanych złożył takie deklaracje w grupie badanych w wieku 20–29 lat (95), najmniejszy zaś – wśród 15–17-latków (87).

Ze względu na tak małe różnice procentowe, lepszą miarą do badania zależności związanych z użytkowaniem i znajomością prezerwatyw wydają się dwa pytania dotyczące używania i kupowania prezerwatyw. Są one silnie skorelowane, lecz występują między nimi także pewne różnice, związane przede wszystkim z płcią: 73,7% respondentów używających prezerwatywy kupowało je gdziekolwiek, zaś 90,6% tych, którzy prezerwatywy kupowali, je używało.

Na podstawie odpowiedzi na pytanie dotyczące używania prezerwatyw oraz ich kupowania wyodrębniono cztery podstawowe grupy użytkowników. Na uwagę zasługuje grupa badanych, którzy kupowali prezerwatywy, ale ich nie używali (4%). Może to świadczyć o swoistej zapobiegliwości badanych albo młodzieżowej modzie bycia „cool”.

Tabela 13. Kupowanie i używanie prezerwatywy w Polsce (w procentach)

Odpowiedź	Kupowanie		Używanie	
	Ogółem N=2702	Ogółem N=3200	Ogółem N=2702	Ogółem N=3200
	1997	2001	1997	2001
Tak	49,8	52,0	57,5%	63,9
Nie	48,5	45,2	38,7	31,3
Brak danych	1,7	2,8	3,8	4,7

W badaniu z 1997 roku kiedykolwiek prezerwatywy użyło 56% respondentów. W 2002 roku odsetek ten wzrósł o 8 i wyniósł 64%. Różnice pomiędzy płaciami w zakresie kupowania prezerwatywy są znaczne: wśród młodych mężczyzn 17% kupiło prezerwatywę, ale jej nie użyło. Analogiczny odsetek w grupie młodych kobiet wyniósł 2.

Tabela 14. Kategorie kupujących i używających prezerwatywy (w procentach)

Kategoria	Ogółem N=3200	Mężczyźni N=1613	Kobiety N=1587
Kupował(a) + używał(a)	47,1	66,3	27,5
Nie kupował(a) + nie używał(a)	27,0	21,1	33,0
Nie kupował(a) + używał(a)	16,6	1,8	31,6
Kupował(a) + nie używał(a)	4,1	6,3	2,0
Pozostałe odpowiedzi	5,3	4,6	5,8

Tabela 15. Zmienne społeczno-demograficzne wyjaśniające używanie prezerwatywy w stałym związku (wyniki analizy regresji liniowej)

Zmienne	Wagi beta
Używanie prezerwatywy w innym związku poza stałym	0,314
Prezerwatywa jest dobrym środkiem stosowanym w stałym związku	0,310
Prezerwatywy psują naturalność współżycia seksualnego	-0,396
Współżycie seksualne bez prezerwatywy jest przyjemniejsze niż w prezerwatywie	-0,259
Zdolność do uprawiania seksu a ocena wyników w pracy	-0,258
Płeć	0,203
Wartość R ²	0,250

Dziś coraz więcej badanych kupuje i stosuje prezerwatywy. Według badania z 2001 roku, podczas ostatniego stosunku, 34% respondentów uzyskało prezerwatywę od partnera/partnerki, natomiast cztery lata wcześniej na partnera liczyło aż 43%. W 1997 roku 25% badanych zakupiło prezerwatywę w sklepie, cztery lata później zaś osoby takie stanowiły 56%.

Postawy Polaków wobec prezerwatyw

Na przestrzeni ostatnich czterech lat nie zmieniła się w Polsce istotnie postawa wobec prezerwatywy. Skłonność badanych do podejmowania zachowań ryzykownych, na przykład świadoma odmowa użycia prezerwatywy w sytuacji gdy partner zaproponuje to przy pierwszym kontakcie seksualnym, jest niewielka: 8% (10% w 1997 roku) badanych stwierdziło, że nie wyraziłoby zgody w takiej sytuacji, zaś 78% – że użyłoby prezerwatywy. Zgodę na użycie prezerwatywy podczas pierwszego kontaktu seksualnego wśród najmłodszych badanych deklaruje większość. Jedynie 4% badanych w tej grupie nie zgodzi się na jej użycie. Badanym przedstawiono hipotetyczną sytuację, w której inicjatorem użycia prezerwatywy w sytuacji pierwszego kontaktu seksualnego jest sam respondent; 12% badanych stwierdziło, iż nie zaproponuje w takiej sytuacji użycia prezerwatywy (16% w 1997 roku).

Tabela 16. Polacy o prezerwatywach – porównanie wyników badań z 1997 i 2001 roku (w procentach)

Opinie o prezerwatywach	1997	2001
Współzycie seksualne bez prezerwatywy jest przyjemniejsze niż w prezerwatywie	74	77
Używanie prezerwatywy jest dowodem troski, dbałości o partnera (partnerkę)	73	75
Prezerwatywy psują spontaniczność współzycia seksualnego	65	70
Używanie prezerwatywy, kiedy nie ma ryzyka zajścia w ciążę, oznacza, że osoba, która to proponuje, nie jest pewna stanu swojego zdrowia	55	52
Współzycie seksualne z użyciem prezerwatywy jest bardziej podniecające	49	43
Prezerwatywa jest dobrym środkiem do stosowania w małżeństwie/stałym związku	49	43
Użycie prezerwatywy, kiedy nie ma ryzyka zajścia w ciążę, oznacza brak zaufania do partnera (partnerki)	52	41

W latach 1997–2001 nie zmieniły się także w sposób istotny ogólne opinie Polaków o prezerwatywach. Największą barierą przed ich użyciem jest przekonanie, że życie seksualne z prezerwatywą staje się mniej przyjemne, mniej spontaniczne, mniej podniecające. Taką opinię prezentują zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy stosowania prezerwatyw.

Tabela 17. Postawy wobec prezerwatyw w 2001 roku (wyniki analizy czynnikowej, czynniki wyjaśniają 63% wariancji; czynnik 1 – 29,4%, czynnik 2 – 18,3%, czynnik 3 – 16,1%)

Postawa wobec prezerwatyw	Czynnik 1	Czynnik 2	Czynnik 3
Zgoda na użycie prezerwatywy podczas stosunku z przypadkową osobą	0,819	–	–
Propozycja użycia prezerwatywy w czasie seksu z przypadkową osobą	0,861	–	–
Używanie prezerwatywy jest dowodem troski, dbałości o partnera (partnerkę)	0,670	–	–
Prezerwatywa jest dobrym środkiem do stosowania w małżeństwie/stałym związku	0,444	–591	–
Współżycie seksualne bez prezerwatywy jest przyjemniejsze niż z prezerwatywą	–	0,713	–
Prezerwatywy psują spontaniczność współżycia seksualnego	–	0,740	–
Używanie prezerwatywy, kiedy nie ma ryzyka zajścia w ciążę, oznacza, że osoba, która to proponuje nie jest pewna stanu swojego własnego zdrowia	–	–	0,837
Użycie prezerwatywy, kiedy nie ma ryzyka zajścia w ciążę, oznacza brak zaufania do partnera (partnerki)	–	–	0,758

Wyniki badań z 2001 roku pozwoliły wyodrębnić trzy postawy Polaków wobec używania prezerwatyw. Pierwszą z nich cechuje gotowość użycia prezerwatywy w sytuacji, gdy partner wysuwa taką propozycję, jak również gotowość zaproponowania użycia prezerwatywy. U osób reprezentujących taką postawę dominuje przekonanie, iż użycie prezerwatywy jest dowodem troski o partnera i że może być ona stosowana w związku małżeńskim. Nieistotne są względy odnoszące się do wygody czy zaufania wobec partnera. Postawy takie są nieco częściej reprezentowane przez osoby starsze ($r=0,16$).

Drugą postawę determinuje kwestia dyskomfortu odczuwanego podczas kontaktów seksualnych z użyciem prezerwatywy. Wśród zwolenników tej postawy dominuje przekonanie, że prezerwatywa nie jest dobrym sposobem zabezpieczenia w związku stałym. Postawa ta jest nieco bardziej typowa dla osób zadowolonych ze swojego życia seksualnego ($r=0,14$) i ze swojej sprawności seksualnej ($r=0,17$).

Postawa trzecia wiąże się przede wszystkim z obawami związanymi z domniemaną motywacją używania prezerwatywy, co kojarzone jest z brakiem zaufania do partnera, niepewnością co do stanu jego zdrowia. Postawę tę przejawiają nieco częściej niż inni osoby młodsze ($r=-0,14$) i lepiej wykształcone ($r=0,17$).

Badani dostrzegają zarówno wady, jak i zalety używania prezerwatyw. Dwie największe wady, to mniej przyjemne współżycie (62%) oraz niewygodność (45%). Respondenci dostrzegają jednak niewątpliwe zalety prezerwatyw – dostępność i niską cenę (60%), zabezpieczenie przed chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym HIV/AIDS (33%). Na podkreślenie zasługuje fakt, że jedynie 10% badanych zaznaczyło, że używanie prezerwatywy jest niezgodne z religią.

Lęki i niepowodzenia seksualne

Niepokoje związane z dojrzewaniem

Lęki związane z naszą seksualnością – niezależnie od wieku, płci czy doświadczenia seksualnego – mogą się pojawić w różnych fazach życia. Pierwsze niepokoje towarzyszą okresowi dorastania i mogą mieć związek ze zmianami zachodzącymi w budowie i funkcjonowaniu organizmu. Wiele z nich to zmiany zrozumiałe i oczekiwane. Pojawiają się jednak zjawiska, które niepokoją, a niekiedy wywołują lęk. Chłopców niepokoi rozwój sutków (ginekomastia) i polucje, które świadczą przecież o wkroczeniu w kolejną fazę dojrzewania. Niski poziom wiedzy chłopców o zmianach zachodzących w ich organizmie sprawia, że często reagują na nie strachem, niejednokrotnie utożsamiając naturalne zjawiska ze stanem chorobowym.

U niektórych chłopców oraz części mężczyzn występuje kompleks małego członka. Bierze się on z porównywania swoich genitaliów z genitaliami rówieśników, lub prezentowanymi w materiałach pornograficznych. Materiały takie lansują model mężczyzny, którego członek jest wyraźnie większy od tego, co określane jest jako średnia długość członka w stanie wzwodu. Pornograficzny wzorzec „męskości” przeżywa w dodatku wielokrotne erekcje i w czasie stosunku dostarcza kobiecie wielokrotnych orgazmów. Nic więc dziwnego,

że takie porównanie wypada na ogół niekorzystnie dla młodych mężczyzn, zwłaszcza jeśli brakuje im dystansu do siebie i realnej oceny tego, co jest rzeczywistością, a co filmowym montażem.

Także inicjacja seksualna nie zawsze przebiega bez trudności, a czasem może się stać dramatycznym przeżyciem, którego konsekwencje odczuwane bywają latami. Najczęściej chodzi o dwa typy objawów: przedwczesny wytrysk i zanik wzwodu. Przedwczesny wytrysk ma miejsce zazwyczaj wtedy, gdy mężczyzna ulega tak silnemu podnieceniu seksualnemu, że wytrysk następuje jeszcze przed próbą wprowadzenia penisa do pochwy, w czasie takiej próby albo tuż po wprowadzeniu. Wówczas stosunek trwa zaledwie kilka sekund. Jeśli dochodzi do orgazmu i wytrysku nawet bez bezpośredniego pobudzenia penisa, reakcja taka jest wynikiem wysokiej pobudliwości seksualnej. Występuje ona u wielu młodych mężczyzn, zwłaszcza tych, którzy przy silnym popędzie mieli niewiele doświadczeń seksualnych, nie masturbowali się i nie uprawiali pettingu.

Dla wielu młodych mężczyzn pierwszym doznaniem seksualnym jest masturbacja. To naturalny sposób zaspokajania własnych potrzeb seksualnych. Powodem masturbowania się często jest fakt, iż napięcie seksualne pojawia się znacznie wcześniej niż możliwość dorosłego i odpowiedzialnego jego rozładowania. W wieku dojrzałym potrzeba takiego rozładowania napięcia seksualnego wynika zwykle z braku partnerki, możliwości współżycia seksualnego lub różnic w potrzebach seksualnych partnerów. Masturbacja może rodzić poczucie winy i wstydu. Jak pokazują badania, wciąż jeszcze aż 40% Polaków sądzi, że prowadzi ona do zaburzeń psychicznych.

Okres dojrzewania nie szczędzi niepokojów także dziewczętom. Ich lęki wywołują późno rosnące piersi czy niepojawiająca się miesiączka. Powszechna wśród dziewcząt jest obawa, że w przyszłości nie będą wystarczająco atrakcyjne.

W okresie dorastania ujawnia się kierunek naszej orientacji psychoseksualnej. Osoby heteroseksualne, zdecydowanie częściej młodzi mężczyźni, przeżywając fascynację budową ciała kolegi, mogą interpretować to jako przejaw skłonności homoseksualnych. To wzbudza w nich lęk. Zdecydowanie rzadziej tego typu obawy pojawiają się u kobiet.

Niepokoje seksualne – problem partnerstwa

Część obaw związanych z seksem może być konsekwencją traumatycznego zdarzenia z przeszłości. Większość problemów wynika jednak z braku doświadczenia i porozumienia między partnerami. Jedne mają swe źródła w braku gotowości jednego z partnerów do rozpoczęcia współżycia, inne wynikają z chęci pokazania się z jak najlepszej strony i znikają, kiedy przestanie się o tym myśleć. Lęki dotyczą w równym stopniu kobiet i mężczyzn. Mężczyźni najczęściej obawiają się zaburzeń erekcji, niskiej oceny ich sprawności fizycznej, przedwczesnego wytrysku i braku wzwodu. Kobiety jeszcze kilkanaście lat temu nie przyznawały się do kłopotów seksualnych. Niektóre nie umieją cieszyć się seksem, czują się skrępowane, obawiają się ciąży, chorób przenoszonych drogą płciową, braku atrakcyjności czy przejmowania inicjatywy w trakcie zbliżenia.

W życiu seksualnym ogromną rolę odgrywa akceptacja cielesności – własnej i partnera. Jeśli kobieta odczuwa niechęć do własnego ciała, zakłada tym samym, że dokładnie tego samego doświadcza w stosunku do niej partner. Ciało kobiety ulega zmianom w różnych fazach jej życia, co rodzi obawę, że nie jest atrakcyjne dla partnera (na przykład po urodzeniu dziecka, po menopauzie). U kobiet, które nie akceptują własnego ciała, często występuje wstyd. Blokują on ochotę na seks czy przyzwala nań tylko po ciemku. Czasami lęk przed seksem wynika z bólu, jaki towarzyszył wcześniejszym nieudanym stosunkom. Po takich doświadczeniach doznania seksualne kojarzone są z czymś nieprzyjemnym i kobiety często obwiniają siebie za zaistniałą sytuację. Inne lęki wynikają stąd, że mężczyzna może uznać partnerkę za oziębłą i odejść. Wiele kobiet nie ma zaufania do zastosowanej metody sterowania płodnością czy do umiejętności partnera posługiwania się prezerwatywą. Inne mają wątpliwości, jak zachowałby się partner, gdyby zaszły w ciążę, zwłaszcza jeśli jego postawa nie daje poczucia bezpieczeństwa w związku.

Wiele osób przyjmuje postawę obronną względem małżeństwa, traktując je jako przeszkodę w procesie własnej samorealizacji. Innym lęk przed bliskością uniemożliwia nawiązanie bliskiego związku emocjonalnego. Wchodzą w przejściowe związki seksualne, ale zazwyczaj zrywają je, kiedy pojawia się miłość,

potrzeba czułości czy tęsknota za trwałą relacją. Coraz częściej w Polsce obserwujemy zjawisko „seksu bez zobowiązań” – związki ograniczone wyłącznie do sfery fizycznej. Jednak również one nie są wolne od obaw: niepokoi pojawienie się nadmiernego zaangażowania u jednego z partnerów, lęk przed zakochaniem się czy miłością.

Mężczyźni swoją wartość oceniają nierzadko przez pryzmat potencji. Dlatego jedną z najczęstszych przyczyn dysfunkcji seksualnych jest lęk przed zaburzeniami erekcji. Kłopoty z potencją mogą mieć źródło w przemęczeniu, obniżonym nastroju, stresie, depresji, nadużywaniu alkoholu, zażywaniu narkotyków i niskiej samoocenie. Ale mogą też być objawem stanu chorobowego, na przykład raka prostaty, chorób serca, cukrzycy, miażdżycy, chorób neurologicznych czy zaburzeń hormonalnych. Dziewięciu na dziesięciu Polaków w przypadku wystąpienia takich problemów nie robi nic i oczekuje, że znikną same, bądź je zaakceptuje.

Brak orgazmu staje się problemem dopiero wtedy, jeśli powtarza się zbyt często. Nie wszystkie kobiety przeżywają orgazm podczas każdego zbliżenia. Poznanie reakcji kobiecego ciała wymaga od partnera czasu. Osiągnięcie pełnej satysfakcji nierzadko utrudniają wewnętrzne napięcia i lęki.

Życie dostarcza jeszcze wielu innych sytuacji powodujących lęki związane z naszą realizacją seksualną. Wiązać się one mogą z doznaną przemocą seksualną, z doświadczeniami homoseksualnymi, pobytem w więzieniu czy zakładzie zamkniętym, z abstynencją seksualną wynikającą z choroby własnej lub partnera, z chorobą nowotworową (mastektomia), z różnicą wieku między partnerami, zdradą itd.

Niezależnie od przyczyn, wszyscy zasługujemy na pokonanie lęków związanych z seksem i przeżywanie radości płynącej z każdego spełnienia. Akt seksualny to wspólne przeżycie, a nie sprawdzian znajomości technik seksualnych. Zamieszczane w popularnej prasie informacje mają nam pomóc, a nie powodować frustrację. Pamiętajmy, że para, której związek jest udany, potrafi przezwyciężyć większość problemów, rozmawiając o nich. No i cieszymy się, że mimo wszystkich lęków, 90% Polaków jest zadowolonych ze swojego życia seksualnego.

Zaburzenia erekcji

Dysfunkcje erekcji* dotyczą jednego na dziesięciu mężczyzn w Polsce. Występują rzadziej u osób młodych, ale aż 60% mężczyzn cierpiących na zaburzenia erekcji to osoby pomiędzy 40. a 60. rokiem życia, a więc wciąż aktywne zawodowo i na pewno pragnące cieszyć się pełnią życia. Seksualność jest ważną częścią naszego życia i problemy z nią związane mogą prowadzić do rozpadu więzi w związku. Dlatego zaburzenia erekcji są problemem dwojga ludzi.

Jak piszą Zygmunt Zdrojewicz i Kinga Belowska-Bień (2003), „Mimo coraz większej świadomości pacjentów i lekarzy, zaburzenia erekcji nadal pozostają tematem wstydlivym, który rzadko jest poruszany w czasie zbierania typowego wywiadu lekarskiego. Ponad połowa mężczyzn nie poszłaby do lekarza »tylko« z powodu zaburzeń erekcji, z drugiej strony 80 procent mężczyzn chciałoby porozmawiać o swoim problemie z lekarzem i, co ważniejsze, chorzy ci chcieliby, żeby to lekarz pierwszy poruszył ten problem. Pytanie o zaburzenia erekcji powinno należeć do kanonu pytań zadawanych pacjentowi w czasie zbierania wywiadu także dlatego, że zaburzenia erekcji mogą być pierwszym objawem innych chorób.

Obecnie możliwe jest skuteczne i bezpieczne leczenie większości przypadków zaburzeń wzrodu. Zarówno lekarze, jak i pacjenci wymagają od stosowanej terapii, aby była ona skuteczna, bezpieczna, dobrze tolerowana, akceptowana przez partnerkę i dyskretna, a także by umożliwiała spontaniczność w podejmowaniu kontaktów seksualnych. Dominującym elementem terapii są leki przyjmowane doustnie. Niewątpliwie przełomem w leczeniu środkami doustnymi było wprowadzenie na rynek w 1998 r. nowego inhibitora fosfodiesterazy 5 (PDE5) – cytrynianu sildenafilu, czyli historycznej już Viagry firmy Pfizer. (...) Najświeższą nowością wśród preparatów stosowanych w leczeniu zaburzeń erekcji jest tadalafil (nazwa handlowa – Cialis) firmy Eli Lilly”.

* Termin „impotencja” budzi negatywne skojarzenia. Słowo „impotent” poniża i obraża. Dlatego obecnie używa się neutralnego terminu „zaburzenia erekcji” lub angielskiego skrótu ED (*erectile dysfunction*).

Zaburzeniem erekcji określa się sytuację, w której mężczyzna nie jest zdolny do osiągnięcia lub utrzymania wzwodu w stopniu wystarczającym do odbycia satysfakcjonującego stosunku. Pod względem medycznym ED definiowane są jako niemożność wystarczającego wzwodu w co najmniej 25% podejmowanych prób. Zaburzenia erekcji bywają przewlekłe. Odbijają się wówczas na ogólnym zdrowiu pacjenta, a szczególnie sferze emocjonalnej.

Przyczyn zaburzeń erekcji jest wiele i wynikają zarówno z czynników fizycznych, jak i psychicznych. Obecnie coraz częściej uważa się, że u większości pacjentów kłopoty ze wzwodem są uwarunkowane połączonymi czynnikami organicznymi i psychogennymi.

Przyczyny organiczne są związane z nieprawidłowościami i uszkodzeniami naczyń i ciał jamistych prącia, niektórymi zaburzeniami neurologicznymi i hormonalnymi, chorobami (na przykład cukrzyca, stwardnienie rozsiane, urazy rdzenia kręgowego, nadciśnienie tętnicze, choroby serca, nerek), zabiegami chirurgicznymi gruczołu krokowego. Zaburzenia są też związane z przyjmowaniem leków (między innymi przeciw nadciśnieniu tętniczemu, przeciwdepresyjnym, uspokajającym) oraz narkotyków, paleniem tytoniu i nadużywaniem alkoholu. Warto pamiętać, że kłopoty z erekcją mogą towarzyszyć każdej chorobie (nawet przeziębieniu), która przejściowo powoduje u mężczyzny zmęczenie i osłabienie.

Przyczyny psychogenne wiążą się z ośrodkowym blokowaniem mechanizmów erekcji powstającym bez urazów fizycznych, jak na przykład lęk przed niezdolnością do odbycia stosunku, niska samoocena, problemy w istniejącym związku, zahamowania w odniesieniu do aktu seksualnego spowodowane na przykład wcześniejszymi złymi doświadczeniami. Przyczyną psychogenną ED może być także lęk przed ciążą partnerki lub zakażeniem się chorobami przenoszonymi drogą płciową.

Podeszły wiek – wbrew powszechnemu mniemaniu – jest najmniej ważną spośród fizycznych przyczyn zaburzeń erekcji. Mężczyzna po sześćdziesiątce może mieć erekcje rzadziej i wolniej osiągać orgazm, ale jego życie seksualne jest dalekie od zakończenia.

Czynniki organiczne powodujące zaburzenia erekcji

- Obniżenie się poziomu testosteronu
- Rak prostaty i inne schorzenia gruczołu krokowego
- Lęki
- Urazy
- Palenie papierosów i picie alkoholu
- Podeszły wiek

Czynniki psychologiczne powodujące zaburzenia erekcji

Martin Cole (1994) w psychologicznym podejściu do terapii zaburzeń erekcji koncentruje się na następujących czynnikach:

- Niski popęd płciowy
- Typ osobowości

Z doświadczeń klinicznych wynika, że są pewne zespoły zachowań, które bardziej niż inne narażają na powstanie zaburzeń wzdrodu. Te typy osobowości to na przykład surowy, załęczniony, obsesyjny, mało uczuciowy mężczyzna z tradycyjnymi antyseksualnymi wartościami lub emocjonalny, afektowny mężczyzna, który w wyniku ustalonych potężnych mechanizmów obronnych zdusił swoją sferę uczuciową, albo nieprzystosowany, niepewny siebie mężczyzna, który czuje się odrzucony i mógł rozwinąć zachowania masochistyczne.

- Potrzeby homoseksualne
- Wiek

Upływ czasu jest nieunikniony, ale podejście do niego to istotna sprawa. Fałszywe i nierealistyczne oczekiwania wydolności seksualnej w późniejszym wieku mogą w istocie prowadzić do problemów seksualnych o podłożu lękowym. Zmiany fizjologiczne rzeczywiście powodują zwolnienie reakcji seksualnych, ale nie ma powodu, by zaniechać seksu w ogóle.

- Seks nietypowy

Wielu mężczyzn z zaburzeniami erekcji przyznaje się do satysfakcji z nietypowych zachowań seksualnych (fetysyzm, sadomasochizm) podczas fantazji masturbacyjnych. Pragnienie nietypowego seksu, niewystępującego w zwykłym związku, może zaburzać podniecenie seksualne.

- Depresja

- Dyspareunia

Doniesienia mężczyzn o dyspareunii są częste. Mówią o stulejce, ciasnym napletku lub obawie przed parafimozą (załupkiem) albo też napletkiem ciasno okalającym i zaciskającym prącie poniżej żołądki. Te objawy, jeśli są rzeczywiste, skutecznie likwiduje obrzezanie połączone z psychoterapią. Rzadsze są przypadki fobii dotyczących wymiarów, a obawy mogą być zaostrzone przez aktualne lub wyimaginowane usiłowania odprowadzenia napletka, nawet jeżeli brak dowodów, że napletek jest zbyt wąski.

- Poważne stany lękowe
- Niska samoocena
- Konflikty związane z identyfikacją płci
- Rygoryzm wychowawczy lub ortodoksja religijna
- Zaburzenia więzi rodzinnych
- Problemy życiowe
- Urazy i molestowanie seksualne
- Lęki wywołane niepewnością związaną ze sprawnością seksualną
- Utrata partnerki
- Odrzucenie przez partnerkę
- Heterofobia, oznacza obawę przed płcią przeciwną.
- Obawa przed intymnością i utratą atrakcyjności
- Zaburzenia partnerki
- Słabe porozumienie między partnerami

W Polsce dysfunkcje erekcji są najczęściej leczone przez urologów, seksuologów i andrologów. Lekarze tych specjalizacji najczęściej podejmują się leczenia pacjentów cierpiących na dysfunkcje erekcji i najrzadziej odsyłają po poradę do lekarzy innych specjalizacji. Z badań przeprowadzonych przez agencję badawczą MEMRB Custom Research Worldwide (obecnie Synovate)* w 2001 roku wynika, że aż co czwarty mężczyzna w Polsce nie wiedziałby, gdzie powinien się zgłosić z problemem dysfunkcji erekcji.

*Badanie „Wiedza i postawy wobec problemu ED u mężczyzn i ich partnerek”, Target Group, luty 2002.

Co ciekawe, mężczyźni cierpiący na zaburzenia erekcji deklarowali, że w ich życiu seksualnym przed wystąpieniem zaburzeń erekcji najbardziej brakowało możliwości uprawiania seksu wtedy, gdy był właściwy nastrój i nie wymagało to wcześniejszego planowania zbliżeń, a także możliwości uprawiania seksu rano oraz bliższych i bardziej romantycznych relacji z partnerką.

Konsekwencją zaburzeń erekcji może być rozpad związku. Aż 60% badanych mężczyzn, u których wystąpiły takie problemy, zgadza się z tym twierdzeniem. W wyniku spadku sprawności seksualnej obniżeniu ulega także jakość życia i samoocena mężczyzn: 75% mężczyzn twierdzi, że źle się czują ze sobą ze względu na dolegliwości, 67% czuje, że zawodzi swoją partnerkę, 65% zaś nie jest już tak pewnych siebie jak kiedyś.

Zaburzenia erekcji mają duży wpływ na poczucie wartości mężczyzn: 84% mężczyzn twierdzi, że czuliby się bardziej męsko, gdyby nie mieli zaburzeń erekcji, 81% cieszyłoby się bardziej z życia, 80% uważa zaś, że ich życie seksualne nie jest już normalne.

Mężczyźni, którzy zaobserwowali pierwsze oznaki dysfunkcji erekcji, najczęściej rozmawiali o nich z żoną/partnerką (60%) oraz poszukiwali informacji w prasie (36%).

Spośród mężczyzn cierpiących na dysfunkcję erekcji jedynie 36% decyduje się na poszukiwanie pomocy lekarskiej. Przeciętnie mężczyzna cierpiący na dysfunkcję erekcji czeka jednak ponad 20 miesięcy od zauważenia pierwszych symptomów do wizyty lekarskiej. Najczęściej trafiają wówczas do urologów (44%) i seksuologów (32,3%). Jedynie 16% rozpoczyna leczenie swojego problemu.

Dysfunkcje seksualne kobiet

Ostatnie lata, naznaczone wprowadzeniem na rynek środków farmakologicznych wspierających mężczyzn, którzy cierpią na zaburzenia erekcji, wpłynęły na polepszenie ich jakości życia. To z kolei wywołało dyskusję na temat dysfunkcji seksualnej kobiet. Podczas międzynarodowych konsultacji w Paryżu na temat dysfunkcji seksualnych (czerwiec 2003 roku) urologi, biolodzy, anatomici, ginekolodzy, endokrynolodzy, seksuolodzy i psychiatrzy dyskutowali nie

tylko o zaburzeniach erekcji, ale także o regułach diagnozowania zaburzeń u kobiet – od braku pożądania, poprzez bóle pochwowe po kłopoty z osiągnięciem orgazmu lub niedobory hormonalne.

Wieloletnie badania zaowocowały wynalezieniem substancji, która jako środek oddziałujący bezpośrednio na ośrodek seksualności w mózgu może się stać środkiem stymulującym dla kobiet. Na wspomnianej konferencji mówiono jednak także o podejrzanym entuzjazmie laboratoriów wobec „kobiecych dysfunkcji seksualnych”. Jedni oceniają je jako wymysł firm farmaceutycznych, inni zaś podejmują problem i mówią o wieloletnich zaniedbaniach seksuologów w tym zakresie.

Niektórzy specjaliści obawiają się sprowadzenia seksu do funkcji organicznej, jak oddychanie czy trawienie, zapominając o relacjach uczuciowych. Ostrzegają przed wizją klinik seksualnych, w których pacjenci będą leczeni pigułkami, lecz pozbawieni porad psychologów i dostępu do edukacji seksualnej. Przypominają też, że kobiety, bardziej od cudownej pigułki rozkoszy, potrzebują czasu i troskliwego partnera. Ich dysfunkcje seksualne wynikają w dużej mierze z braku informacji, złej relacji z partnerem oraz stresu związanego z koniecznością godzenia licznych obowiązków. Z punktu widzenia jakości zdrowia seksualnego ważne jest uwzględnienie w tej dyskusji wszystkich wątków.

Lęki seksualne Polaków w świetle badań

Lęk towarzyszący stosunkom seksualnym może wpływać na jakość życia, a czasami powodować zaburzenia erekcji. Z badań wynika, że najwięcej lęków wiąże się jest z możliwością zajścia w ciążę (72,9%), a następnie zakażeniem wirusem HIV (54,4%), o czym wspominaliśmy wcześniej. Lęki te charakteryzują zarówno kobiety, jak i mężczyzn. Kobiety obawiają się także, że zakażą się inną chorobą przenoszoną drogą płciową (28,3%), mężczyźni zaś – że nie sprawdzą się w seksie (30,6%).

Do obaw związanych z faktem, że nie sprawdzą się w seksie, statystycznie częściej przyznają się mężczyźni (29%), 20–24-latkowie (33%), osoby z wykształceniem wyższym (34%), mieszkańcy miast liczących 200 tys. i więcej mieszkańców (31%), wierzący i niepraktykujący (34%), osoby niebędące w formalnym

związku małżeńskim (29%) oraz osoby, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy miały stosunek seksualny z nieregularnym partnerem (34%).

Ilustrowane magazyny dla kobiet uczyniły Polki bardziej świadomymi swoich praw seksualnych i możliwości realizacji seksualnej. Niejednokrotnie w czasopismach spotykamy sformułowania w rodzaju „masz prawo do orgazmu”, „musisz wymagać...”. To powoduje, że mężczyźni przeżywają lęki czy spełniają oczekiwania kobiet. Na polskim rynku obserwujemy małą liczbę czasopism, przeznaczonych dla mężczyzn, które podejmowałyby tę tematykę. Istniejące mają wybitnie elitarny charakter. Nie wszyscy mężczyźni potrafią także oddzielić to, co realistyczne, od tego, co prezentują filmy pornograficzne: długość członka czy czas i intensywność stosunku seksualnego.

Problemy z erekcją respondentów wiązały przede wszystkim z wiekiem. Ponad połowa badanych (58%) w wieku 15–49 lat uważa, że nie istnieje granica wiekowa, po której przekroczeniu spada zainteresowanie kobiet seksem. Jednak prawie 39% respondentów twierdzi, że taka granica istnieje. Mężczyźni częściej (41%) niż kobiety (37%) uważają, że istnieje granica, po przekroczeniu której spada zainteresowanie kobiet seksem. Najwięcej spośród osób, które uważają, że taka granica istnieje podawało, że występuje ona w przedziale 50–54 lat (27% badanych) oraz 60–64 lat (23%). Z badań Z. Lew-Starowicza wynika, że wśród badanych w wieku 45–75 lat 45% dostrzega granicę wiekową, po której przekroczeniu u kobiet spada zainteresowanie seksem.

Większość badanych – 63% – twierdzi, że nie istnieje granica wiekowa, po której przekroczeniu spada u mężczyzn zainteresowanie seksem. Ciekawe że więcej kobiet niż mężczyzn uważa, że u mężczyzn granica spadku zainteresowania seksem nie istnieje w ogóle. To, że mężczyźni interesują się seksem całe życie twierdzi 67% kobiet. Wśród osób, które uważały, że istnieje granica spadku zainteresowania seksem, przeważała opinia, że u mężczyzn występuje ona w późniejszym wieku niż u kobiet. Spośród respondentów, którzy uważają, że taka granica dla mężczyzn istnieje, 29% twierdzi, że dotyczy ona przedziału 60–64 lat, a kolejne 19%, że dopiero siedemdziesiątki. Istnieje też dość liczna grupa (15%), która uważa, że ta granica znajduje się w niższym przedziale wieku (50–54 lata).

Stereotypowe podejście do problematyki związanej z potencją powoduje, że zaburzenia z nią związane przypisywane są grupie mężczyzn w późniejszej fazie życia, dlatego młodszy, u których wystąpiły problemy z zaburzeniami erekcji,

ze szczególnie dużym lękiem i wstydlivością traktują tego typu dysfunkcje. Kiedy pojawią się pierwsze symptomy zaburzeń erekcji, czynnikami, które mogą powodować pogłębienie dysfunkcji, jest alkohol, zaniechanie aktywności seksualnej, prowadzenie niezdrowego trybu życia. Aktywność seksualna pomaga zapobiegać zaburzeniom erekcji.

Problemy seksualne mogą prowadzić do depresji, lęków, problemów w relacjach małżeńskich i partnerskich. W niektórych krajach stanowią one przyczynę aż 20% rozwodów. Wśród naszych respondentów blisko 60% osób, które miały problemy seksualne, nie zrobiło nic w związku z ich wystąpieniem, a 24% badanych próbowało samodzielnie je rozwiązać poszukując informacji w prasie lub książkach. Co piąta badana osoba (21%) rozmawia o swoich problemach seksualnych z partnerem.

Bardzo często w celu poprawy jakości życia i rozwiązania problemów seksualnych potrzebna jest dobra diagnoza i odpowiednie leczenie. Jednak 92% Polaków w grupie wiekowej 15–49 lat w ogóle unika konsultacji z fachowcem (lekarzem, psychologiem, psychiatrą), a samo leczenie występuje jeszcze rzadziej (87% kobiet i 97% mężczyzn). Pomimo że Internet jest stosunkowo anonimowym medium, jedynie 2% badanych poszukiwało informacji na temat swoich trudności i obaw w sieci. Gdy wszakże uwzględnimy niską dostępność Internetu w społeczeństwie polskim (15,6%) wielkość ta nie dziwi. Nie powinniśmy jednak bagatelizować tego medium jako potencjalnego źródła wiedzy w przyszłości.

Kobiety w większym stopniu przejmują się swoimi problemami seksualnymi niż mężczyźni. Jednak co druga badana nie zrobiła nic w celu rozwiązania swoich trudności seksualnych i poprawy sytuacji. U mężczyzn sprawa przedstawia się znacznie gorzej, nie zrobiło nic – aż 68% mężczyzn. Pomocy w prasie i książkach poszukuje 28% kobiet i 21% mężczyzn. Kobiety dwukrotnie częściej (28%) niż mężczyźni (14%) zwracają się ze swoimi problemami i rozmawiają o nich z partnerem. Kobiety również trzykrotnie częściej (9%) konsultują swoje problemy z rodziną i przyjaciółmi, ale 85% kobiet w wieku 15–49 lat nie konsultuje się ze specjalistami. Pozostałe radzą się ginekologa (10%) i lekarzy innych specjalności (5%). Mężczyźni w omawianej grupie wiekowej w bardzo małym stopniu konsultują się u lekarzy w sytuacji zaistniałych problemów seksualnych. Aż 96% mężczyzn tej grupy w ogóle nie zgłasza się do specjalistów z omawianymi problemami.

Część badanych (10%) uważa, że ich problemy nie są przypadkami medycznymi lub że lekarze nie są w stanie im pomóc (5%). 5% respondentów uważa, że powstające problemy są normalne, gdy ludzie się starzeją. Tylko 6% badanych przyznaje, że obawia się niezręcznej sytuacji podczas rozmowy z lekarzem, a w przypadku mężczyzn mających problemy z erekcją takie obawy ma 16%. 11% mężczyzn i 4% kobiet otwarcie deklaruje, że w ogóle nie korzysta z pomocy lekarzy.

Niezręcznej sytuacji podczas konsultacji z lekarzem w największym stopniu obawia się młodzież. W najmłodszej badanej grupie (15–16 lat) co czwarty Polak wstydził się kontaktować z lekarzem w przypadku wystąpienia obaw czy problemów.

Ponad połowa (56%) wszystkich respondentów uważa, że obniżenie zdolności do uprawiania seksu miałyby wpływ na ich związek partnerski. Natomiast co trzeci Polak w wieku 15–49 lat deklaruje, że obniżenie zdolności do uprawiania seksu nie miałyby takiego wpływu.

Także ponad połowa (55%) badanych uważa, że obniżenie zdolności do uprawiania seksu znacznie wpłynęłoby na obniżenie ich samooceny. W tym przypadku w większym stopniu dotyczy to mężczyzn (20% mężczyzn i 14% kobiet).

Badaliśmy również wpływ zdolności seksualnych na relacje z innymi niż partner członkami rodziny. Obniżenie zdolności seksualnej – jak można było oczekiwać – w ocenie badanych, w mniejszym stopniu wpłynęłoby na relacje z innymi członkami rodziny niż na związek partnerski i samoocenę. Blisko 70% badanych uważa, że zdolności seksualne w ogóle nie mają wpływu na relacje z innymi członkami rodziny.

Relacja lekarz–pacjent a problemy seksualne

Praktyka terapeutyczna wskazuje, że rozmowę o problemach seksualnych utrudniają liczne zahamowania. Brak odpowiedniej, „neutralnej” terminologii, która pozwoliłaby mówić o seksualności poważnie i naturalnie (bez odwoływania się do żartów, wulgaryzmów czy języka ściśle medycznego), oraz zażenowanie, jakie odczuwamy mówiąc o intymnych doznaniach, pogłębiają

problem. Dotyczy on nie tylko komunikacji między lekarzem (terapeutą) i pacjentem, ale często także między małżonkami czy partnerami seksualnymi. Przedstawione niżej kwestie odnoszą się przede wszystkim do relacji pacjent–lekarz, wydaje się jednak, że mogą dostarczyć także pewnych wskazówek wszystkim tym specjalistom, którzy o problemach seksualnych chcieliby porozmawiać z pacjentem.

Gdy kwestie zdrowotne przedstawiane są odpowiednio przez profesjonalistę, który wie, jakie zadawać pytania i nie okazuje zakłopotania, pacjenci raczej nie wykazują wahania w omawianiu spraw dotyczących seksu. Gorzej jest, gdy pacjenci nie kontynuują rozmowy, bo czują dyskomfort powodowany przez prowadzącego rozmowę. Wówczas starają się znaleźć innego rozmówcę. Może jednak minąć sporo czasu zanim ponowią próbę. Niezadowolającą wizytę i kolejną próbę dzielą zwykle nie tygodnie czy miesiące, lecz lata.

W trakcie wywiadu, brak pytań związanych z seksualnością, specjaliści tłumaczą niechęcią badanego. Jednym ze sposobów uniknięcia takich zarzutów jest po prostu uzyskanie zgody badanego na zadawanie pytań. Dzięki temu wyeliminowany zostanie niepokój prowadzącego wywiad, że zostanie uznany za intruza. Specjalista wykaże szacunek dla pacjenta, uwzględniając jego uczucia. Kontrola sytuacji pozostaje po stronie pacjenta, bo zawsze może odmówić odpowiedniki. Technika uzyskania zgody pacjenta na poruszanie kwestii seksualnych może być wykorzystywana efektywnie w dwojaki sposób: przez poruszanie ogólnych spraw związanych z seksem lub pytania szczegółowe o intymne aspekty „seksu”. Tylko z rzadka pacjenci z własnej woli przekazują informacje na temat życia seksualnego w rozmowie z lekarzem, głównie wtedy, gdy zaistnieje problem. Rozmowa na temat seksu może być dla pacjenta na tyle kłopotliwa, że zniweczy chęć poproszenia o pomoc. Jednak pacjenci nie przekazują informacji tylko wówczas, gdy nie zostaje zadane pytanie. Kiedy pytanie padnie, odpowiedzi są zazwyczaj zgodne ze stanem faktycznym. Tak więc inicjatywa pozostaje po stronie prowadzącego wywiad i od niego zależy, czy problem zostanie określony.

W systemie służby zdrowia prywatność odnosi się do pacjenta, który ma prawo do kontroli ujawniania informacji o sobie samym, poufność związana jest z zachowaniami pracownika służby zdrowia, a bezpieczeństwo – z metodami ochrony uzyskanych informacji.

Ważny jest język używany przez prowadzącego wywiad, bo trzeba wyważyć wady i zalety terminologii medycznej i języka potocznego. Pacjent nie zawsze rozumie terminy medyczne i nie można zakładać, że wszystkie pytania będą zrozumiałe. Jednak określenia medyczne są zawsze bezpieczniejsze w kontaktach z pacjentem niż wyrażenia potoczne. Można rozpoznać stopień rozumienia przez pacjenta poszczególnych terminów i – w razie konieczności – podać ich definicje. Jeśli prowadzący wywiad zdecyduje się na używanie języka potocznego, powinien wcześniej uzyskać na to zgodę pacjenta. Trzeba też pamiętać, że pacjenci czasami błędnie używają terminów medycznych. Na podstawie posiadanej wiedzy prowadzący wywiad powinien tak formułować pytania, by pacjent mógł bez skrupowania udzielać zgodnych z prawdą odpowiedzi.

Podczas sporządzania historii choroby związanej z seksem, inaczej niż w zwykłym wywiadzie medycznym, często można spotkać się z wahaniem pacjenta przy udzielaniu informacji. Stąd prowadzący wywiad winien wykazywać takt i wrażliwość. Jedną z metod uzyskiwania koniecznych informacji jest odkładanie pytań drażliwych na dalsze etapy wywiadu lub nawet do następnego spotkania, gdy stopień zaufania pacjenta będzie większy. Taką metodę należałoby stosować chcąc uzyskać informacje na temat przedwczesnego wytrysku, braku orgazmu, zaburzeń erekcji czy nietypowych zachowań seksualnych.

Pacjenci opisujący swoje prywatne doświadczenia seksualne i odczuwający dyskomfort zazwyczaj nie pytają o opinię rozmówcy. Szukają raczej słuchacza niż sędziego. Gdyby chcieli usłyszeć ocenę swego zachowania w kategoriach dobra i zła, zwróciliby się raczej do duchownego niż do lekarza. Jeśli pracownik służby zdrowia nie jest w stanie sprostać tym oczekiwaniom, pacjenta należy skierować do innego specjalisty. I choć oczywiście każdy ma swój system wartości, jednak pracownik służby zdrowia nie może narzucać swojego pacjentowi.

Czasami pacjenci pytają, czy takie lub inne ich zachowania seksualne są normalne. Można na takie pytania precyzyjnie odpowiedzieć bez jednoczesnego pouczenia, a dostarczenie jasnych i zrozumiałych informacji może mieć dla pacjenta znaczenie terapeutyczne.

Wywiady dotyczące zdrowia pacjenta zawierają informacje o doświadczeniach lub zachowaniach, ale nie uczuciach. Jednak zaburzenia seksualne często wymagają uwzględnienia wszystkich trzech aspektów. Uczucia mogą mieć pierwszorzędne znaczenie z punktu widzenia etiologii, diagnostyki i terapii. Z punktu

widzenia lekarza ważne jest poznanie czasu oraz sposobu, w jaki doszło do danego zdarzenia, ale i tego, co pacjent wówczas czuł. Uczucia mogą stanowić podstawowe ogniwo wiążące przeszłość z teraźniejszością. Prowadzący wywiad musi uwzględnić uczucia przeszłe i teraźniejsze łącznie z tymi odczuwanymi podczas wywiadu.

Problemy życiowe zazwyczaj zdają się bardziej poważne niż w rzeczywistości. Nadzieja jest jedną z najważniejszych broni w arsenale lekarza. Zmiana perspektywy, z jakiej pacjent patrzy na swój problem, może się stać mechanizmem pobudzającym optymizm. Naturalne jest, że pacjenci z problemami seksualnymi postrzegają je globalnie, w kategoriach niedoskonałego mężczyzny czy niedoskonałej kobiety. Często generalizowanie problemu seksualnego (zwłaszcza w przypadkach dyfunkcji utrudniających stosunek seksualny) wiąże się z refleksją na temat własnej męskości czy kobiecości. Terapeutyczne działanie lekarza skierowane jest wówczas nie tylko na problem seksualny, lecz także całą sferę psychiki pacjenta.

Społeczne problemy HIV/AIDS

Epidemia AIDS rozpoczęła się pod koniec lat siedemdziesiątych XX wieku. Pierwsze zachorowania stwierdzono w roku 1981. Szacuje się, że wirusem zakażyło się już ponad 60 milionów ludzi na całym świecie.

Na koniec roku 2002 dane epidemiologiczne dotyczące HIV/AIDS na świecie przedstawiały się następująco:

- 42 mln osób żyjących z HIV/AIDS,
- 5 mln osób – to nowo zakażeni wirusem HIV w 2002 roku,
- 3,1 mln osób zmarło w 2002 roku z powodu HIV/AIDS.

W Polsce pierwsze zakażenie wirusem HIV stwierdzono w roku 1985, pierwsze zachorowanie na AIDS zaś – w 1986. Do końca czerwca 2003 roku stwierdzono:

- 8189 zakażeń wirusem HIV,
- 1298 zachorowań na AIDS (w tym 631 osób zmarło).

Co roku w Polsce odnotowuje się 500–600 nowych przypadków zakażenia wirusem HIV. Coraz więcej zakażeń ma miejsce na drodze kontaktów heteroseksualnych. Tendencja ta widoczna jest również w innych krajach. Program Narodów Zjednoczonych do Spraw AIDS (UN AIDS) szacuje, że w ten sposób

dochodzi do 90% nowych zakażeń HIV na świecie. W związku z tym w krajowych strategiach zapobiegania HIV/AIDS pojawia się pilna potrzeba skierowania działań o charakterze profilaktycznym do tej właśnie grupy.

Zachowania ryzykowne i HIV/AIDS

W niniejszym rozdziale interesować nas będą przede wszystkim ryzyko zakażenia się wirusem HIV, zachowania ryzykowne z punktu widzenia możliwości zakażenia się i charakterystyka osób, które poprzez swoje zachowania są szczególnie narażone na zakażenie. Są to osoby, które podejmują przynajmniej dwa z sześciu zachowań ryzykownych:

- seks oralny z wytryskiem do ust partnera,
- seks analny,
- zdrada przynajmniej raz w życiu,
- posiadanie obecnie partnera seksualnego poza mężem, żoną lub stałym partnerem,
- korzystanie kiedykolwiek z agencji towarzyskich,
- ostatni stosunek seksualny z regularnym partnerem bez użycia prezerwatywy.

W badaniach pod uwagę brano jedynie osoby, które mają za sobą inicjację seksualną. Odsetek badanych w tej grupie osób, które miały za sobą przynajmniej dwa ryzykowne zachowania seksualne, wynosi 37%, odpowiednio 31% dla kobiet i 43% dla mężczyzn.

Tabela 17. Ryzykowne zachowania seksualne Polaków (2001, N=2743; w procentach)

Żadnego ryzykownego zachowania	22,1
Jedno zachowanie ryzykowne	41,0
Dwa zachowania ryzykowne	21,7
Trzy zachowania ryzykowne	9,8
Cztery zachowania ryzykowne	3,9
Pięć zachowań ryzykownych	1,3
Sześć zachowań ryzykownych	0,2

Mapa 2. Odsetek mieszkańców poszczególnych województw podejmujących przynajmniej dwa z sześciu ryzykownych zachowań (2001, N=1013)

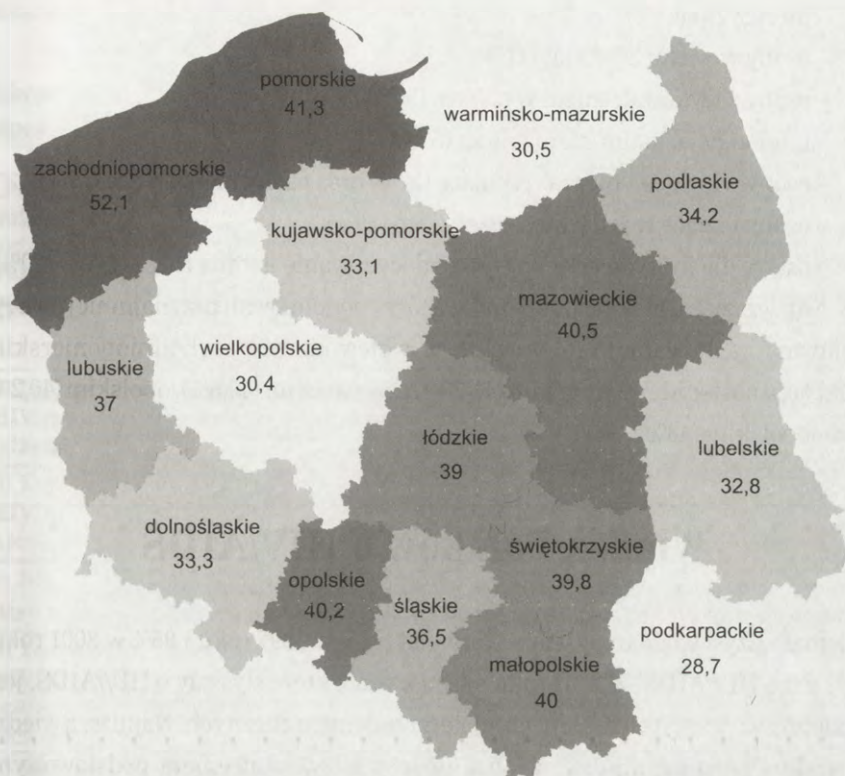


Tabela 18. Ryzykowne zachowania podejmowane przez kobiety i mężczyzn (w procentach)

Liczba ryzykownych zachowań	Kobiety N=1355	Mężczyźni N=1388
Żadnego ryzykownego zachowania	24,4	19,7
Jedno zachowanie ryzykowne	45,0	37,2
Dwa zachowania ryzykowne	20,5	22,9
Trzy zachowania ryzykowne	7,2	12,2
Cztery zachowania ryzykowne	2,5	5,3
Pięć zachowań ryzykownych	0,3	2,2
Sześć zachowań ryzykownych	0,0	0,4

Do przynajmniej dwóch z sześciu ryzykownych zachowań przyznają się częściej:

- mężczyźni (43%)
- osoby w wieku 30-39 lat (41%),
- osoby z wykształceniem wyższym (50%),
- inteligencja, kadra kierownicza (57%),
- osoby wierzące i niepraktykujące (52%) oraz osoby niewierzące (52%),
- osoby będące w związku małżeńskim (39%),
- osoby, dla których seks odgrywa zdecydowanie istotną rolę w życiu (50%).

Najwyższy odsetek respondentów, którzy podejmowali przynajmniej dwa ryzykowne zachowania, odnotowano w województwie zachodniopomorskim (52,1%), a następnie: pomorskim (41,3%) mazowieckim (40,5%), opolskim (40,2%) i małopolskim (40%).

Wiedza Polaków o HIV/AIDS

Niemal wszyscy badani w wieku 15-49 lat (98% w 1997 roku i 95% w 2001 roku) słyszeli o HIV/AIDS. W 2001 roku odsetek osób, które słyszały o HIV/AIDS, jest podobny we wszystkich grupach społeczno-demograficznych. Najniższą wiedzę charakteryzują się mieszkańcy wsi i osoby z wykształceniem podstawowym. Stosunkowo niskim wskaźnikiem wiedzy wykazali się głęboko wierzących i praktykujący. Najlepszą wiedzę wykazały się natomiast osoby z wyższym wykształceniem i mieszkańcy miast powyżej 200 tys. mieszkańców.

Sama świadomość istnienia HIV/AIDS nie oznacza jeszcze dostatecznej wiedzy na temat choroby. Dopiero powiązanie odsetka badanych, którzy słyszeli HIV/AIDS, ze szczegółową wiedzą na temat dróg przenoszenia wirusa, pozwala uzyskać miarodajną ocenę realnego poziomu wiedzy o HIV/AIDS. Do pomiaru wiedzy na temat dróg przenoszenia się i możliwości zabezpieczenia przed HIV/AIDS użyto typowej skali z kwestionariusza Światowej Organizacji Zdrowia: badanym podano osiem zdań prezentujących różne opinie na temat dróg zakażenia się HIV, prosząc o określenie, czy są one prawdziwe czy też nie (zob. tabela 13).

Biorąc pod uwagę wyniki badań z 1997 i 2001 roku, najniższy odsetek prawidłowych odpowiedzi wśród ogółu badanych dotyczy możliwości zakażenia się

HIV/AIDS poprzez używanie publicznych toalet i ukąszenie komara. Zdania w tych dwóch kwestiach są podzielone, budzą zatem największą wątpliwość i niejasności.

Tabela 19. Wiedza o HIV/AIDS (liczba pogrubiona wskazuje odsetek prawidłowych odpowiedzi)

„Poniżej znajduje się kilka twierdzeń dotyczących zakażenia HIV/AIDS. Przy każdym z nich proszę zaznaczyć, czy Pana (i) zdaniem jest ono prawdziwe czy nie”		Odpowiedzi w procentach (1997 – N=2702; 2001 – N=3200)			
		prawda	fałsz	nie wiem + brak danych	nie słyszał o HIV/AIDS
a) Ludzie mogą uniknąć zakażenia HIV/AIDS, jeżeli będą się dobrze odżywiać	1997	6,5	74,3	17,2	2,1
	2001	3,6	76,2	17,8	2,3
b) Ludzie mogą uniknąć zakażenia HIV/AIDS, jeżeli będą współżyli z jednym, wiernym partnerem (ką)	1997	86,7	4,0	7,2	2,1
	2001	79,7	7,9	10,1	2,3
c) Nie można zakazić się HIV/AIDS używając publicznych toalet	1997	44,7	26,2	27,1	2,1
	2001	43,0	25,3	29,3	2,3
d) Ludzie mogą uniknąć zakażenia HIV/AIDS, jeżeli będą używać prezerwatyw podczas stosunków płciowych	1997	75,2	7,7	15,0	2,1
	2001	70,9	9,8	17,0	2,3
e) Można zakazić się HIV/AIDS dotykając osoby chorej na AIDS	1997	5,7	77,8	13,8	2,1
	2001	5,7	75,6	16,4	2,3
f) Można zakazić się HIV/AIDS spożywając posiłki wspólnie z osobami chorymi na AIDS	1997	6,4	71,4	20,1	2,1
	2001	7,1	69,5	21,1	2,3
g) Ludzie mogą uniknąć zakażenia HIV/AIDS jeżeli będą unikać ukąszeń komarów i podobnych owadów	1997	17,5	50,4	29,9	2,1
	2001	14,8	51,4	31,5	2,3
h) Ludzie mogą uniknąć zakażenia HIV/AIDS, jeżeli będą się upewniać, że każdy zastrzyk, jaki dostają, jest wykonany czystą igłą	1997	87,9	2,4	7,6	2,1
	2001	82,5	3,3	11,8	2,3

Od 1997 roku spadł odsetek badanych, którzy słusznie uznali, że nie można zakazić się HIV/AIDS używając publicznych toalet (z 45 do 43). Wzrósł zarazem odsetek tych, którzy nie potrafili udzielić jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie (z 27 do 29).

Od czasu pierwszego badania w roku 1997 zwiększył się odsetek badanych, którzy nie byli w stanie określić, czy zdanie „Ludzie mogą uniknąć zakażenia HIV/AIDS, jeżeli będą unikać ukąszeń komarów i podobnych owadów”, jest prawdziwe czy fałszywe (odpowiednio z 30 w 1997 do 31,5 w 2001 roku). Jedynie ponad połowa badanych w obu badaniach (50,4% w 1997 i 51,4% w 2001 roku) uznała, że nie można zakazić się poprzez ukąszenie komara lub podobnego owada.

Zmalał odsetek badanych, którzy zdanie: „Ludzie mogą uniknąć zakażenia HIV/AIDS, jeżeli będą używać prezerwatyw podczas stosunków płciowych”, słusznie uznali za prawdziwe (odpowiednio z 75 do 70). Zmalał również odsetek badanych, którzy za prawdziwe uznali zdanie: „Ludzie mogą uniknąć zakażenia HIV/AIDS, jeżeli będą współżyć z jednym, wiernym partnerem” (z 87 do 80).

Trzy główne drogi zakażenia wirusem HIV – zgodnie z metodologią UN AIDS – wiążą się z przestrzeganiem następujących zasad: stosowanie czystych igieł i strzykawek, stosowanie prezerwatywy oraz współżycie z jednym partnerem. Jeden ze wskaźników WHO/UN AIDS odzwierciedla odsetek osób, które poprawnie uznały za prawdziwe dwa z trzech stwierdzeń dotyczących sposobów zabezpieczenia się przed HIV/AIDS (czyli czyste igły, wierny partner, używanie prezerwatyw). Według metodologii Światowej Organizacji Zdrowia takie osoby zostają zaklasyfikowane jako posiadające efektywną wiedzę na temat metod profilaktyki. W powyższej tabeli są to pozycje „b”, „d”, „h”.

Inny wskaźnik Światowej Organizacji Zdrowia (WHO PI 1) – znajomość praktyk profilaktycznych – dotyczy wiedzy o co najmniej dwóch praktykach zapobiegania zakażeniu wirusem HIV. Uzyskujemy go dzieląc liczbę osób wymieniających przynajmniej dwa dopuszczalne sposoby zabezpieczenia przed infekcją HIV przez liczbę przebadanych osób w wieku 15–49 lat ($1 \geq PI1 \geq 0$, gdzie wartość 1 oznacza, że wszyscy badani wskazali co najmniej dwa dopuszczalne sposoby zabezpieczenia przed infekcją). W 1997 roku wskaźnik ten wynosił w Polsce 0,89. Natomiast cztery lata później, w 2001 roku, o 8 punktów procentowych spadł odsetek Polaków posiadających wiedzę o podstawowych drogach zakażenia wirusem HIV i wskaźnik wyniósł 0,81.

Wynik badania z 2001 roku, jest niepokojący, gdyż opisany wskaźnik WHO jest dla ludzi młodych niższy o 4 punkty procentowe niż dla całej populacji badanych

(0,77). Wśród ogółu badanych w 2001 roku 13% nie podało poprawnie żadnej z trzech dróg zakażenia wirusem HIV, 6% wskazało poprawnie jedną, 22% zaś – dwie. Ponad połowa ogółu badanych (59,4%) wskazała wszystkie trzy drogi zakażenia wirusem HIV. W poszczególnych grupach wiekowych najniższy odsetek poprawnych wskazań występuje wśród 15–16-latków (43,4%). Najniższą wiedzę o trzech podstawowych drogach zakażenia mają mieszkańcy wsi.

Przyjrzyjmy się poglądom badanych na temat ryzyka zakażenia się wirusem HIV. W opiniach badanych można zauważyć pewną sprzeczność. Z jednej strony zdecydowana większość z nich uważa, że prawdopodobieństwo zakażenia podczas stosunku z osobą zakażoną jest wysokie (nie zgadza się ze stwierdzeniem, że ryzyko zakażenia HIV jest tak małe, że nie ma czego się bać). Z drugiej zaś, ponad 70% respondentów w 2001 roku twierdzi, że prawdopodobieństwo, że oni sami zakażą się HIV, jest żadne lub małe. Wynika to z przekonania, że liczba osób zakażonych HIV jest niewielka, i, po części, że własne zachowania nie grożą zakażeniem.

Tabela 20. Ocena ryzyka zakażenia się HIV podczas stosunku z osobą żyjącą z HIV/AIDS (w procentach)

Stopień ryzyka	Badani	
	1997 (Ogółem N=2702)	2001 (Ogółem N=3200)
Bardzo łatwo – zawsze następuje zakażenie	44,2	40,9
Łatwo – w większości przypadków następuje zakażenie	40,6	40,4
Średnio łatwo – nie zawsze	9,0	9,9
Trudno – zazwyczaj się nie zakaża	1,8	1,0
Bardzo trudno – sporadycznie	0,5	0,6
Nie wiem	1,8	4,7
Nie słyszał o HIV/AIDS	2,1	2,3

Aby poznać opinię Polaków o ryzyku zakażenia się HIV, przedstawiliśmy im pięć stwierdzeń prosząc o określenie stopnia, w jakim się z nimi zgadzają lub nie. Najbardziej jednoznaczne opinie badanych odnosiły się do stwierdzenia „ryzyko zakażenia HIV/AIDS sprawia, że współzycie jest bardziej podniecające”: 84% nie zgodziło się z tym stwierdzeniem. Najbardziej podzielone były opinie

dotyczące stwierdzenia „podczas współżycia nie myśli się o takich sprawach jak ryzyko zakażenia HIV/AIDS”. W tym przypadku 50% zgodziło się z tym stwierdzeniem, 39% zaś nie zgodziło się.

Tabela 21. Opinie na temat ryzyka zakażenia się HIV/AIDS (w procentach)

Opinia		Zdecydowanie zgadzam się, zgadzam się, raczej zgadzam się	Zdecydowanie nie zgadzam się, nie zgadzam się, raczej nie zgadzam się	Brak danych	Nie słyszał o HIV/AIDS
Ryzyko zakażenia się HIV/AIDS jest tak małe, że właściwie nie ma się czego bać	1997	16,2	79,3	2,4	2,1
	2001	17,3	73,3	7,1	2,3
Człowiek, który naprawdę się stara, może zabezpieczyć się przed zakażeniem HIV/AIDS	1997	83,3	12,6	2,0	2,1
	2001	76,7	14,0	6,8	2,3
Znacznie więcej ludzi jest zakażonych HIV/AIDS niż się pozornie wydaje	1997	87,5	8,0	2,4	2,1
	2001	76,5	13,2	7,8	2,3
Podczas współżycia nie myśli się o takich sprawach jak ryzyko zakażenia HIV/AIDS	1997	60,5	34,8	2,6	2,1
	2001	50,4	39,0	8,3	2,3
Ryzyko zakażenia HIV/AIDS sprawia, że współżycie jest bardziej podniecające	1997	4,3	90,3	3,3	2,1
	2001	4,9	84,4	8,5	2,3

Taki wynik badań uwarunkowany jest zapewne małą stycznością z problemem HIV/AIDS. Jedynie 3% badanych znało osobę żyjącą z HIV/AIDS, niemal 17% nie jest pewna, czy znało kogoś takiego. Kontakt z osobami żyjącymi z HIV/AIDS mieli częściej mężczyźni, osoby w wieku 20–24 lat, z wyższym wykształceniem, zamieszkałe w małych miastach (do 20 tys. mieszkańców), które współżycie seksualne zainicjowały w młodym wieku, mające więcej niż jednego stałego partnera i deklarujące nieregularny seks w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Ta grupa osób ocenia też wyżej prawdopodobieństwo zakażenia się HIV/AIDS.

Tabela 22. Czy zna Pan/Pani kogoś, kto miał HIV/AIDS? (w procentach)

Odpowiedź	1997 (N=2702)	2001 (N=3200)
Tak	2,6	3,1
Nie	74,8	74,3
Nie jestem pewny(a)	18,8	17,1
Brak danych	1,7	3,2
Nie słyszał o HIV/AIDS	2,1	2,3

Prawdopodobieństwo zakażenia się wirusem HIV wyżej oceniają osoby, które wiedzą, że osoba zakażona może wyglądać na zupełnie zdrową.

Tabela 23. Czy łatwo jest się zakazić HIV/AIDS podczas stosunku z osobą zakażoną? (w procentach)

Ocena łatwości zakażenia	1997 (N=2702)	2001 (N=3200)
Na pewno się nie zakażę	25,8	26,3
Prawdopodobieństwo że się zakażę jest małe	44,0	44,3
Prawdopodobieństwo że się zakażę jest średnie	4,3	3,7
Prawdopodobieństwo że się zakażę jest duże	1,2	0,5
Nie wiem	20,7	19,1
Jestem już zakażony	0,3	0,1
Nie słyszał o HIV/AIDS	1,6	3,7
Brak danych	2,1	2,3

Testy na obecność przeciwciał wirusa HIV

Badaniom na obecność przeciwciał wirusa HIV (poza wymiarem medycznym) towarzyszą liczne problemy społeczne, psychologiczne i etyczne. Bardzo ważne jest zagwarantowanie pacjentom poufności i anonimowości testu, zapewnienie opieki oraz dostępu do personelu wspierającego, respektującego tajność otrzymanych informacji. Poradnictwo w przypadku wyniku pozytywnego (i negatywnego) może przyczynić się do zmiany zachowań i rozwijania właściwych nawyków zdrowotnych. Wynik pozytywny prowadzi często do frustracji, depresji i innych problemów natury psychologicznej.

W ciągu czterech lat, jakie upłynęły pomiędzy interesującymi nas badaniami, o 3 punkty procentowe obniżył się odsetek osób, które myślały kiedykolwiek o wykonaniu testu na obecność wirusa HIV (22% w 1997 roku i 19% w 2001 roku). Mężczyźni częściej niż kobiety deklarują, że myśleli o wykonaniu testu.

W 2001 roku 74% badanych zadeklarowało, że nigdy nie myślało o zrobieniu testu na obecność wirusa HIV, 2,3% zaś w ogóle o HIV/AIDS nie słyszało.

Tabela 24. Czy kiedykolwiek myślał Pan/Pani, żeby zrobić sobie test na obecność wirusa HIV (w procentach)

Odpowiedź	Ogółem N=2702	Kobiety N=1348	Mężczyźni N=1352	Ogółem N=3200	Kobiety N=1587	Mężczyźni N=1613
	1997			2001		
Tak, często	4,0	3,4	4,7	2,9	2,9	3,0
Tak, czasami	17,5	16,2	18,8	16,3	15,0	17,5
Nie, nigdy	74,5	76,3	72,8	74,2	75,9	72,4
Brak danych	1,8	1,8	1,8	4,3	4,1	4,4
Nie słyszał o HIV/AIDS	2,1	2,3	1,9	2,3	2,1	2,7

Spośród badanych Polaków 19% myślało kiedykolwiek, żeby wykonać test na obecność wirusa HIV, natomiast poddało się takiemu testowi 6,9% (219 osób). Odsetek osób w 2001 roku, które wykonały test, jest nieznacznie wyższy niż w badaniu z 1997 roku, gdzie wyniósł 6,1 (165 osób). Niepokoi wysoki odsetek respondentów (74), którzy nigdy nie myśleli o wykonaniu testu, choć są wśród nich osoby, które podejmowały ryzykowne zachowania.

Tabela 25. Czy kiedykolwiek zrobił Pan/Pani sobie test na obecność wirusa HIV (w procentach)

Odpowiedź	Ogółem N=2702	Kobiety N=1348	Mężczyźni N=1352	Ogółem N=3200	Kobiety N=1587	Mężczyźni N=1613
	1997			2001		
Tak	6,1	3,4	8,9	6,9	4,0	9,6
Nie	89,7	92,2	87,1	85,8	89,4	82,4
Brak danych	2,1	2,1	2,1	5,0	4,5	5,4
Nie słyszał o HIV/AIDS	2,1	2,3	1,9	2,3	2,1	2,7

W około połowie przypadków (49%) zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet wykonanie testu było wymogiem określonej sytuacji (np. ubezpieczenie, pracodawca). Około jednej czwartej respondentów, którzy wykonali test, zrobiła to na własne życzenie. W przypadku pozostałej jednej czwartej test został przeprowadzony bez wiedzy zainteresowanych (np. w szpitalu).

Wśród badanych, którzy zdecydowali się na wykonanie testu, nie przeprowadzono rozmowy ani przed, ani po nim (136 osób stwierdziło, że nie, a 15 osób raczej nie). Poradnictwo tego typu jest niezwykle ważne. Jego celem jest między innymi wzbogacenie wiedzy pacjenta, zwłaszcza pod kątem umiejętności unikania określonych zagrożeń. Wyniki pokazują, że sytuacja w tym zakresie nie jest dobra.

UN AIDS traktuje testy na obecność przeciwciał anti-HIV oraz towarzyszącą im ofertę poradnictwa przed- i potestowego jako jedną ze skutecznych metod zapobiegania epidemii.

Na testowanie możemy patrzeć z dwóch punktów widzenia, w zależności od korzystnych i niekorzystnych jego stron.

I. Testowanie może bowiem pomóc:

- pacjentowi, który jest osobą żyjącą z HIV, podjąć decyzję o rozpoczęciu wczesnego leczenia;
- w zdiagnozowaniu osoby, u której widoczne są objawy związane z infekcją;
- parom podjąć decyzję o tym, jakie formy zachowań, w tym seksualnych, mogą i powinni praktykować;
- jednostce i parom w podjęciu decyzji, czy mieć dzieci, czy nie, a jeśli tak, to kiedy; w świecie coraz częściej obserwujemy praktyki zachęcania kobiet, które planują zająć w ciążę lub są w ciąży, do wykonania testu.

II. Testowanie może pomóc w zmniejszeniu niepokoju u pacjentów, szczególnie tych, którzy podejmowali zachowania o niskim stopniu ryzyka. Przy tym pacjenci powinni rozważyć, czy negatywny wynik testu rzeczywiście zredukują ich niepokój i jak sobie poradzą, gdy rezultat okaże się pozytywny.

Należy także pamiętać, że:

- negatywny wynik testu daje tylko chwilowe ujęcie obecnego stanu pacjenta, w czasie gdy test jest wykonywany.
- wynik testu (pozytywny czy negatywny) nie jest potrzebny, aby rozpocząć praktykowanie bezpieczniejszych zachowań seksualnych. Zachowania te

- powinno się doradzać bez względu na to, czy test będzie wykonany czy nie;
- wynik pozytywny może być sytuacją stresową dla partnera lub rodziny osoby, u której wykonano test;
 - mimo że coraz częściej pojawiają się doniesienia dotyczące rozwoju różnych terapii związanych z HIV, ciągle nie ma skutecznego leku na AIDS. Jednakże pozytywne zmiany w zachowaniach zdrowotnych mogą być podjęte przez pacjenta bez informacji o wyniku testu;
 - ludzie, którzy wiedzą o pozytywnym wyniku testu, mogą cierpieć z powodu dyskryminacji lub stygmatyzacji społecznej;
 - wynik pozytywny może mieć wpływ na zatrudnienie czy uzyskanie ubezpieczenia (niektóre firmy ubezpieczeniowe posiadające swoje przedstawicielstwa także w Polsce w zależności od stawki ubezpieczenia wymagają także przeprowadzeniu testu na obecność przeciwciał wirusa HIV).

Wśród wymienionych wyżej punktów znajdują się niekorzystne strony testowania czy raczej wiedzy o wyniku pozytywnym. Dyskryminacja i nietolerancja, kłopoty z uzyskaniem pracy czy ubezpieczenia są nierozłącznie związane z funkcjonowaniem osób żyjących z HIV. Biorąc to wszystko pod uwagę w poradnictwie przed testowaniem na obecność przeciwciał wirusa HIV zadaniem doradcy jest udzielenie pacjentowi pełnej informacji o testowaniu. Wszystkie informacje powinny być przekazane w sposób zrozumiały dla pacjenta, nie zakładając jednocześnie, że osoba przychodząca na test jest wyposażona w ogólną wiedzę na temat HIV/AIDS. Rozmowa powinna być prowadzona tak, aby decyzja dotycząca wykonania testu została przez pacjenta podjęta świadomie. Niestety w Polsce zdarza się, że wykonuje się testy bez wiedzy i zgody pacjenta.

Poradnictwo przed testowaniem ma na celu uświadomienie osobie zainteresowanej wykonaniem testu, co niesie informacja o jego wyniku i jakie są jej konsekwencje. Istotą prowadzonej rozmowy jest także zredukowanie lęku i istniejących napięć. Reasumując, celem poradnictwa przedtestowego jest pomoc osobie w podjęciu świadomej decyzji o wykonaniu testu.

Rozmowa po teście jest tak samo ważna jak przed jego wykonaniem. Naturalnie zakres tych konsultacji po przeprowadzonym teście zależy będzie od jego wyniku – negatywnego, pozytywnego lub niejednoznacznego.

W przypadku wyniku negatywnego osoby udzielające porad często nie przywiązują wagi do profilaktycznego charakteru tej rozmowy. W czasie konsultacji należy raz jeszcze wyjaśnić problem istnienia okienka serologicznego, podczas którego uzyskanie wiarygodnego wyniku jest niemożliwe. Wydaje się także konieczne dostarczenie dokładnych informacji o zasadach bezpieczniejszego seksu czy bezpieczniejszego wstrzykiwania narkotyków. Należy podjąć rozmowę o zmianie stylu życia poprzez rozwijanie właściwych nawyków zdrowotnych.

Przy prowadzeniu konsultacji z osobą, której wynik testu okazał się pozytywny, bardzo ważne jest zapewnienie poufności. Niektóre reakcje mogą być bardzo gwałtowne, lecz są one naturalnym zachowaniem człowieka na taką wiadomość. Należy próbować uświadomić pacjentowi, że istnieje nadzieja na rozwiązanie jego problemów natury praktycznej, takich jak wsparcie psychologiczne, medyczne i socjalne. Pacjent powinien uzyskać dokładne informacje, gdzie będzie prowadzony w zakresie opieki medycznej i na jakich zasadach. Lekarz powinien także mieć rozeznanie, gdzie można skierować pacjenta, aby uzyskać on wsparcie terapeutyczne w sytuacji kryzysowej lub gdzie jest najbliższe stowarzyszenie dla osób żyjących z HIV/AIDS. Dla niektórych pacjentów ważna będzie także informacja o formach pomocy socjalnej, jakie można mu zaproponować w ramach pomocy społecznej.

W związku z brakiem skutecznych metod zwalczania wirusa HIV i choroby AIDS rozpowszechnienie w społeczeństwie konieczności przeprowadzania testów na obecność HIV może być w obecnych warunkach jedną ze skutecznych metod przeciwdziałania problemowi HIV/AIDS. Sprawą podstawową dla powstrzymania pandemii HIV/AIDS jest doprowadzenie do zmian świadomości i postaw, ale także zachowań mających na celu zmniejszenie prawdopodobieństwa zakażenia się HIV/AIDS. Spośród naszych badanych w 2001 roku 23% osób stwierdziło, że zmieniło coś w swoich zachowaniach seksualnych, żeby uniknąć zakażenia HIV/AIDS. Odsetek osób, które podjęły jakieś zmiany, waha się od 12% w grupie najpóźniej inicjujących (24 lata i więcej) do prawie 40% w grupie najwcześniej inicjujących (do 16 lat).

Wśród osób, które zmieniły swoje zachowania seksualne z obawy przed zakażeniem się HIV/AIDS, 60% jest wierna jednej osobie, 26% zawsze używa prezerwatyw, 26% unika podejrzanych partnerów, 16% ma mniej partnerów.

Wśród przyczyn niepodjęcia działań mających zapobiegać zakażeniu absolutnie dominująca (87% badanych) jest opinia, że „moje zachowania nie narażały mnie na ryzyko zakażenia”. Należy jednak pamiętać, że zmian w zachowaniu nie dokonało 56% osób deklarujących seks z nieregularnym partnerem. Pozostałe uzasadnienia miały charakter minimalizujący ryzyko (ryzyko zakażenia jest bardzo małe – 10%) lub fatalistyczny (jak się mam zakazić, to i tak się zakażę – 5%).

Odpowiedzi tego typu zdarzały się częściej wśród respondentów, którym trudniej było stwierdzić, że „ich zachowania nie narażały ich na zakażenie”, a zatem takich, którzy mieli nieregularny seks w ostatnim roku (18%) oraz dwóch lub więcej stałych partnerów.

W Polsce w latach 1997–2001 gotowość opieki nad osobą żyjącą z HIV/AIDS zdecydowanie wzrosła: 56,9% opiekowałaby się osobą żyjącą z HIV/AIDS, zaś 6,9% przyznało, że wolałoby tego nie robić (N=2996, respondenci, którzy słyszeli o HIV/AIDS). Odpowiedź „trudno powiedzieć” w tym pytaniu zaznaczyło 32%. Wydaje się, że tak duża liczba odpowiedzi „trudno powiedzieć” była spowodowana uzależnieniem przez respondentów decyzji od stopnia pokrewieństwa, sytuacji materialnej i innych czynników, których nie sposób uwzględnić w jednym pytaniu. Chęć opiekowania się istotnie częściej wyrażają osoby młodsze, z wyższym wykształceniem oraz uczące się, wierzące i niepraktykujące oraz niewierzące, mieszkające w dużych miastach, nieposiadające męża/żony, posiadające stałego partnera.

Prawo do zachowania informacji o zakażeniu w tajemnicy przyznaje ludziom żyjącym z HIV/AIDS 47% respondentów. Jedna czwarta jest zdania, iż informacje takie winno się ujawniać. Prawo do zachowania tajemnicy częściej wyrażają osoby z wyższym lub średnim wykształceniem, wierzące i niepraktykujące oraz niewierzące, mieszkające w dużych miastach, nieposiadające męża/żony.

Spośród badanych 73% jest zdania, iż ludzie żyjący z HIV/AIDS winni mieć możliwość kontynuowania swojej pracy. Prawo do zachowania pracy częściej wyrażają osoby w wieku 17–24 lat, osoby z wyższym wykształceniem i średnim oraz uczące się, wierzące i niepraktykujące oraz niewierzące, nieposiadające męża/żony, posiadające jednego stałego partnera, mieszkańcy dużych miast.

Zdecydowana większość badanych przyznaje osobom żyjącym z HIV/AIDS prawo do większej lub takiej samej opieki medycznej, jaka przysługuje innym poważnie chorym. Odsetek osób twierdzących, że osoby żyjące z HIV/AIDS powinny korzystać z opieki zdrowotnej w większym stopniu niż inni ludzie, jest wyższy wśród osób z wyższym i średnim wykształceniem oraz nadal uczących się, nieposiadających męża/żony.

Przytoczone dane wykorzystano do skonstruowania ogólnego wskaźnika postaw dyskryminacyjnych w Polsce w stosunku do osób żyjących z HIV/AIDS. Przyjmuje on wartości od 1 do 4, w zależności od liczby pytań, na które respondent udzielił odpowiedzi wskazującej na tendencję do dyskryminowania osób żyjących z HIV/AIDS. Były to pytania dotyczące następujących kwestii: opieki nad osobą żyjącą z HIV/AIDS, prawa do utrzymania w tajemnicy faktu zakażenia, możliwości kontynuowania pracy zawodowej po zakażeniu, możliwości w jednakowym stopniu korzystania z opieki zdrowotnej przez osoby żyjące z HIV/AIDS. Jako dyskryminujące postawy wobec osób żyjących z HIV/AIDS przyjęto odpowiedzi: „wolałbym się nie opiekować” (pytanie dotyczące sytuacji zachorowania na AIDS kogoś z rodziny i kwestii opieki nad nim), „informacje takie powinno się ujawniać” (pytanie o prawo do utrzymania w tajemnicy faktu zakażenia wirusem HIV), „nie powinno się im pozwalać pracować” (pytanie o możliwość kontynuowania pracy zawodowej), „w mniejszym stopniu” (pytanie o zakres korzystania przez osoby z HIV/AIDS z opieki zdrowotnej).

Jak pokazują dane badań z 1997 i 2001 roku w Polsce zwiększył się poziom tolerancji i akceptacji dla osób żyjących z HIV/AIDS. W 1997 roku wskaźnik postaw dyskryminacyjnych wyniósł 41%, w 2001 roku zaś – 32%. Wśród młodzieży wyniósł on w 2001 roku 30,7%.

Prostyytucja w Polsce

Prostyytucja w Polsce nie jest karalna. W naszym kraju obowiązuje abolicjonizm wynikający z faktu podpisania przez nasz kraj w 1952 roku Międzynarodowej konwencji w sprawie handlu i eksploatacji prostytucji. Karane przez prawo jest natomiast: nakłanianie innej osoby do uprawiania prostytucji – stręczycielstwo, czerpanie korzyści z cudzego prostytuowania się – sutenerstwo, oraz ułatwianie komuś uprawiania prostytucji celem osiągnięcia korzyści majątkowej – kuplerstwo.

Podział osób świadczących usługi seksualne na kategorie może być dokonany według różnych kryteriów. Próba klasyfikacji typów prostytucji jest wypadkową zjawisk opisanych w literaturze, obecnie występujących w mniejszym zakresie, typów już nieistniejących (na przykład mewki) oraz zupełnie nowych form (na przykład dyskotekowe, agentki, dajlerki).

Najbardziej oczywistym podziałem jest oczywiście prostytucja męska i żeńska. W zależności od płci i orientacji seksualnej rozróżniamy prostytucję homoseksualną (utrzymywanie odpłatnych stosunków seksualnych z osobami tej samej płci), heteroseksualną (utrzymywanie odpłatnych stosunków seksualnych z osobami płci przeciwnej) i biseksualną (świadczanie odpłatnie usług seksualnych osobom obojga płci). W 1969 roku polskie prawo karne zniosło karalność prostytucji homoseksualnej, którą przewidywał kodeks

karny z 1932 roku. Ze zjawiskiem prostytucji spotykamy się również w grupie transwestytów. Zdecydowanie nowy jest w Polsce problem prostytucji transseksualnej. Niektóre z tych osób składają ofertę pracy w agencji towarzyskiej, jednak niejednokrotnie spotykają się z brakiem zainteresowania. Tę formę zarobkowania podejmują nieraz we Francji czy Włoszech. Wiodącym motywem w grupie polskich transseksualistów świadczących usługi seksualne na Zachodzie jest chęć zdobycia pieniędzy na przeprowadzenie operacji zmiany płci.

Czytelnym podziałem prostytutek będzie ich klasyfikacja ze względu na miejsce pracy. Biorąc to pod uwagę wyróżnimy prostytutki:

- uliczne – czekają na klientów na ulicach w mieście oraz na drogach wyjazdowych z miasta, rangę ich określa ulica, na jakiej pracują; przy ekskluzywnych hotelach, na znanych placach spotkamy te o wyższej pozycji. Ta forma prostytucji uległa zmniejszeniu w momencie pojawienia się agencji towarzyskich i otwarcia granic dla ruchu turystycznego;
- dworcowe – zdobywają klientów na dworcach. W grupie tej znajdują się kobiety i mężczyźni, ale także dzieci, które często uciekają z domów rodzinnych lub placówek opiekuńczo-wychowawczych do większych miast, nie mogąc znaleźć noclegu zgadzają się na propozycje spotkanych na dworcach osób dorosłych i w zamian za utrzymanie bądź pieniądze decydują się na świadczenie usług seksualnych;
- hotelowe – szukają klientów w holu, restauracji, przy barze, najchętniej obcokrajowców. Ze względu na pozycję finansową niektórzy Polacy również są w sferze zainteresowań tych kobiet. W ostatnich kilkunastu latach wyraźnie zmalała liczba kobiet poszukujących klientów w tych miejscach, częściej zdarza się, że klient wynajmuje pokój w hotelu, natomiast kobiety nie mieszkają tam na stałe;
- „tirówki” – pracują na autostradach, trasach międzynarodowych, parkingach, przy stacjach benzynowych, w miejscowościach przygranicznych. Ich klientami w pierwszych latach wystąpienia tego typu prostytucji w Polsce byli kierowcy dużych samochodów ciężarowych; sama nazwa ma już charakter historyczny – obecnie klientami „tirówek” są także kierowcy prywatnych samochodów osobowych, piesi i rowerzyści;

– agentki – inaczej towarzyskie, towarzyszki, pracownice agencji towarzyskich, często oprócz świadczenia usług seksualnych zabawiają klientów przy barze, biorą udział w pokazach tańca erotycznego.

Agencje towarzyskie w Polsce są prawnie zarejestrowaną formą działalności gospodarczej, instytucją wynajmującą za odpowiednią opłatą osoby do towarzystwa, świadczącą między innymi usługi w zakresie masażu erotycznego. Jak podaje „Businessman Magazine” w Polsce seksbiznes jest szarą strefą ocenianą na 5–10 mld zł rocznie (Gontarz 2003). Według policyjnych szacunków, prostytuuje się ponad 10 tys. kobiet. Policyjne źródła mówią o 700 działających agencjach, inne o kilku, a nawet kilkunastu tysiącach. Od wielu lat trwa dyskusja nad legalizacją prostytucji i stworzeniu specjalnych stref. Polska ratyfikowała w 1952 roku konwencję ONZ o zwalczaniu handlu ludźmi i eksploatacji prostytucji i zobowiązała się do karania za czerpanie zysków z prostytucji innej osoby oraz do przestrzegania zakazu prowadzenia legalnych domów publicznych.

Agencje towarzyskie i ich klienci

W Polsce wraz ze zmianą systemową w ciągu ostatniego dziesięciolecia pojawiło się wiele nowych zjawisk. Można do nich zaliczyć również przeobrażenia w zakresie form prostytucji. Są one, jak wszystkie inne zjawiska społeczne, uzależnione od przemian obyczajowych, prawnych, czynników społeczno-ekonomicznych. Nowym zjawiskiem, naszej rzeczywistości są agencje towarzyskie, które definiują jako prawnie zarejestrowaną formę działalności gospodarczej – instytucje wynajmujące za odpowiednią opłatą osoby do towarzystwa. W agencji towarzyskiej zatrudnia się osoby narodowości polskiej i obcej, które składają deklarację, że nie będą świadczyły klientom usług seksualnych, istnieją jednak przesłanki, by sądzić, że tego typu działalność jest prowadzona. Usługi mogą być świadczone na miejscu w agencji towarzyskiej lub pod wskazanym przez klienta adresem. Bywa że agencje powiązane są w sieć zarządzaną przez jedną osobę lub grupę. Zatrudnione w nich osoby co pewien czas przechodzą do innej agencji z sieci, aby klienci mogli korzystać z usług coraz to innych kobiet. Wśród osób zatrudnionych w agencjach ogromna większość to ko-

biety, gdyż agencje te świadczą usługi mężczyznom. Zdarza się, że z tego rodzaju usług korzystają również kobiety, ale rzadko są to lesbijki, częściej pary chcące spróbować nieznanego dotąd, urozmaiconego seksu. Niewiele jest agencji, w których świadczone są usługi wyłącznie przez mężczyzn dla kobiet. Ceny w „męskich” agencjach są średnio dwa razy wyższe od tych, w których pracują kobiety. Wzrasta liczba agencji przeznaczonych jedynie dla mężczyzn homoseksualnych.

W badaniach realizowanych w 2001 roku 74% mężczyzn i 51% kobiet w wieku 15–49 lat opowiedziało się za legalnym funkcjonowaniem agencji towarzyskich w Polsce. W 1997 roku odsetek przyzwolenia na ich legalizację wśród kobiet był podobny (50%), a wśród mężczyzn o 4,7 punktu procentowego wyższy.

Wśród badanych mężczyzn w wieku 15–49 lat z usług agencji towarzyskich korzystało 9%. Wśród kobiet odsetek ten wynosi 1,4. W 2001 roku w porównaniu z rokiem 1997 z usług agencji towarzyskiej korzystało relatywnie więcej mężczyzn – 12%, za to mniej kobiet – jedynie 0,9%.

Tabela 26. Korzystanie kiedykolwiek z usług agencji towarzyskiej lub innych osób świadczących usługi seksualne za pieniądze (w procentach)

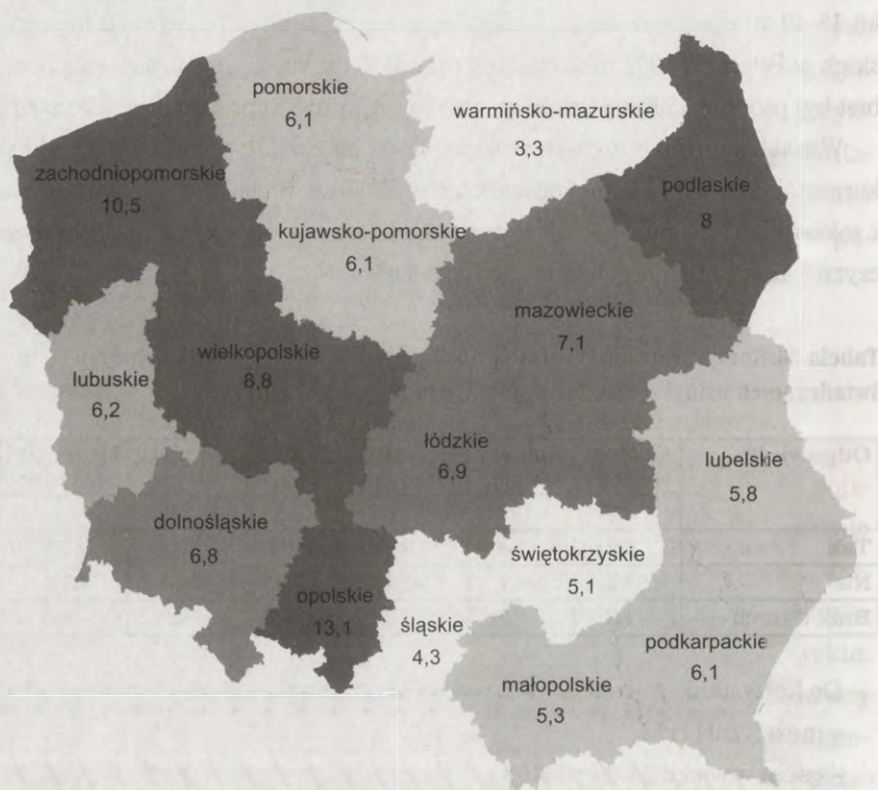
Odpowiedź	Ogółem	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem	Kobiety	Mężczyźni
	N=2702	N=1348	N=1352	N=3200	N=1587	N=1613
	1997			2001		
Tak	5,2	1,4	8,8	6,3	0,9	11,5
Nie	93,5	96,7	90,4	89,1	94,8	83,6
Brak danych	1,3	1,9	0,8	4,6	4,3	5,0

Do korzystania z agencji towarzyskiej przyznają się częściej:

- mężczyźni (11%),
- osoby w wieku 25–29 lat (10%),
- osoby z wykształceniem zawodowym (8%),
- pracownicy fizyczno-umysłowi (8%),
- osoby wierzące i niepraktykujące (11%),
- osoby w stanie wolnym (8%),
- osoby nieposiadające stałego partnera (12%),
- osoby, które miały stosunek oralny z wytryskiem nasienia do ust partnera (16%),

- osoby, które uprawiały seks analny (15%),
- osoby, które deklarują, że miały w swoim życiu większą liczbę partnerów seksualnych (4–5– 10%, 6–10 – 23%),
- osoby, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy odbyły stosunek seksualny z nie-regularnym partnerem (19%).

Mapa 3. Odsetek mieszkańców poszczególnych województw korzystających kiedykolwiek w agencji towarzyskiej, (2001, N=3200)



Opinie kobiet pracujących w seksbiznesie o klientach

Przyjrzyjmy się Polakom korzystającym z usług kobiet świadczących usługi seksualne z perspektywy tych ostatnich. Z badań zrealizowanych wśród takich kobiet* wynika, że większość ich klientów to Polacy (92%). Wśród klientów innych narodowości największy odsetek stanowią Niemcy (6%).

Jedna trzecia badanych kobiet świadczy usługi seksualne klientom liczącym najczęściej od 36 do 45 lat. Nieznacznie mniejszy odsetek badanych kobiet (29) deklaruje, że ich klienci są najczęściej młodszy: od 26 do 35 lat. Natomiast 22% badanych kobiet stwierdza, że ma klientów w różnym wieku. Na pytanie o najmłodszego klienta najczęściej badanych kobiet (39%) wskazało wiek między 18.–19. rokiem życia. Natomiast niemal jedna piąta respondentek (19%) stwierdziła, że najmłodsi klienci korzystający z ich usług seksualnych mieli 16–17 lat. Spośród badanych kobiet 30% stwierdziło, że najstarsi klienci korzystający z płatnych usług seksualnych – to mężczyźni w wieku 60–69 lat, 21% – 70–79 lat, 18% zaś – że były to osoby w wieku 50–59 lat. Klientów 80-letnich i starszych miało 8% badanych kobiet.

Klientami kobiet świadczących usługi seksualne są przede wszystkim mężczyźni. Natomiast 3% wszystkich badanych kobiet wśród swoich klientów miało kobiety.

Niemal dwie trzecie kobiet zapytanych o to, kim byli ich klienci, odpowiedziało, że „zwykli ludzie”. Świadczy to iż dla respondentek ich klienci nie wyróżniali się w żaden znaczący sposób, by można ich było przyporządkować do jakiejś określonej grupy społecznej. Poza tą kategorią najczęściej wymieniani byli drobni przedsiębiorcy (59%) lub robotnicy (57%). Sporo respondentek świadczyło usługi na rzecz turystów z kraju i zagranicy (odpowiednio 51% i 49%). Połowa respondentek zadeklarowała, że wśród ich klientów znaleźli się studenci, 44% zaś wymieniło zawodowych kierowców. Przynajmniej jedna trzecia

* Wspomniane już badanie Z. Izdebskiego na losowo-udziałowej próbie 400 kobiet świadczących usługi seksualne, przeprowadzone TNS OBOP na zlecenie KC AIDS, grudzień 2002.

respondentek wśród swoich klientów miała policjantów i wojskowych (39%), emerytów (39%), bogatych biznesmenów (37%) oraz osoby ze środowisk przestępczych (35%).

Polacy korzystający z usług seksualnych – co jest zjawiskiem nowym – domagają się gry wstępnej. Tylko 7% klientów nie domaga się od kobiet świadczących usługi seksualne tej usługi. Ponad połowa klientów (54%) domaga się gry wstępnej często lub nawet bardzo często. Najwyraźniej dla wielu mężczyzn poszukujących płatnych doznań seksualnych nie są one tylko instrumentalnym działaniem redukującym napięcie seksualne.

Czas trwania stosunku liczony od momentu wprowadzenia penisa do pochwy w największej liczbie przypadków (35%) wynosi około 10 minut. Blisko co czwarty stosunek z klientem płacącym za seks trwał około 15 minut, zaś jedna piąta stosunków trwała ponad kwadrans. Nie dłużej niż 5 minut trwa 14% stosunków. Dla porównania średni czas stosunku deklarowany przez Polaków w wieku 15–49 lat wyniósł ponad 18 minut.

Kobiety świadczące usługi seksualne oceniły także sprawność seksualną swoich klientów na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza słabą sprawność seksualną, 5 zaś – sprawność bardzo wysoką. Co druga respondentka (51%) przyznała swoim klientom notę „3”. Co piąta (20%) – „4”, „5” zaś tylko nieliczne respondentki (7%). Polacy więc zdecydowanie wyżej oceniają swoją sprawność niż kobiety pracujące w seksbiznesie sprawność swoich klientów, choć najprawdopodobniej w grę wchodzi także nieco inne, mniej techniczne, kryteria ocen.

Do kobiet świadczących usługi seksualne trafiają również mężczyźni z zaburzeniami wytrysku: 29% spotyka się ze zjawiskiem wytrysku nasienia jeszcze przed stosunkiem, 39% zaś – z przedwczesnym wytryskiem podczas stosunku. Natomiast trudności z wytryskiem u swoich klientów zaobserwowało 38% badanych kobiet. Z problemem niepełnego wzwodu członka spotyka się często 22% badanych kobiet, z jego brakiem – 38%.

Można sądzić, że w opinii mężczyzn ich problemy seksualne będą mniejsze zażenowanie, gdy mają do czynienia z osobami, z którymi pozostają przede wszystkim w relacjach finansowych. Trudności uzewnętrzniane przed prostytutką nie zaburzają więc ich samooceny. Być może kryje się za tym także oczekiwanie, że profesjonalistka dysponująca dużym wachlarzem technik łatwiej poradzi sobie z pojawiającymi się problemami.

Edukacja seksualna

Edukacja seksualna jest działaniem skierowanym do dzieci, młodzieży i dorosłych, związanym z płciowością człowieka, dotyczącym zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Działanie to polega na dostarczaniu wiedzy w różnych fazach życia człowieka, uczeniu umiejętności wartościowania postaw, kształtowaniu zachowań prozdrowotnych. Edukacja seksualna realizowana jest przez rodzinę, instytucje, na przykład przez szkołę, organizacje państwowe, samorządowe, pozarządowe, media, agendy międzynarodowe (Światowa Organizacja Zdrowia, Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych [UNFPA], UN AIDS).

Termin „edukacja seksualna” jest stosowany w większości krajów. W Polsce używa się także określeń „uświadomienie seksualne” i „wychowanie seksualne”. Edukacja seksualna jest procesem, który trwa praktycznie przez całe życie. Ważną rolę powinna odgrywać w niej rodzina. Często jednak rodzice z różnych przyczyn nie czują się na siłach, by w odpowiednim czasie i w odpowiedni sposób rozmawiać z dzieckiem. Właściwie prowadzony program edukacji seksualnej w szkole powinien stwarzać szansę zdobycia rzetelnych informacji dostosowanych do wieku dziecka.

Prawu młodych ludzi do edukacji seksualnej poświęcone były między innymi konferencja ONZ na rzecz ludności i rozwoju w 1994 roku w Kairze i IV Światowa Konferencja na Rzecz Kobiet w 1995 roku w Pekinie. Podczas obu konferencji

wypracowano międzynarodowe standardy edukacji seksualnej. Uznano, że młodzież powinna otrzymać zgodną ze stanem wiedzy medycznej informację na temat seksualności człowieka, nowoczesnych i skutecznych metod zapobiegania ciąży, chorób przenoszonych drogą płciową oraz sposobów ich uniknięcia. Młodzi ludzie powinni mieć zapewniony dostęp do usług, które byłyby zgodne z ich potrzebami i przyczyniały się do kształtowania pozytywnego i odpowiedzialnego podejścia do własnej seksualności. Stwierdzono, że edukacja seksualna powinna kształtować u młodych mężczyzn szacunek dla autonomii kobiet i gotowość do ponoszenia wspólnie z nimi odpowiedzialności za sprawy związane z seksualnością i prokreacją.

Edukacja seksualna w Polsce

W Polsce realizacja edukacji seksualnej w szkołach wynika z artykułu 4 ustęp 3 ustawy z 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Edukacja seksualna może być realizowana w szkole i w ramach przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie”. W kraju edukacja seksualna wzbudza jednak wciąż wiele emocji, co utrudnia realizację założeń ustawy.

Na podstawie przeprowadzonych przeze mnie w 2001 roku badań dotyczących zachowań seksualnych Polaków i wiedzy o HIV/AIDS, można stwierdzić, że 91% ogółu badanych jest zdania, iż w szkołach powinno się prowadzić zajęcia z zakresu wychowania seksualnego. W ocenie badanych najważniejszymi problemami, jakie powinny być realizowane na zajęciach, są:

- nauka o sposobach ochrony przed chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym HIV/AIDS,
- nauka o środkach i zachowaniach antykoncepcyjnych,
- wdrażanie szacunku dla płci przeciwnej,
- informacja o współżyciu seksualnym,
- nauka rozwiązywania konfliktów i budowania trwałych związków uczuciowych,
- informacja o różnicach w podejściu do seksu i miłości u dziewcząt i chłopców,

– informacja o rozwoju fizycznym i psychicznym człowieka.

W raporcie Światowej Organizacji Zdrowia z 1997 roku *Wpływ edukacji seksualnej na zachowania młodych ludzi* wskazuje się, że:

- edukacja seksualna i/lub na temat HIV nie powoduje zwiększenia aktywności seksualnej, a dobrej jakości programy edukacyjne pomagają opóźnić wiek inicjacji seksualnej i ochronić młodzież aktywną seksualnie przed chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym zakażeniem wirusem HIV, oraz przed zająciem w niepożądaną ciążę;
- odpowiedzialnego i bezpiecznego zachowania można się nauczyć,
- edukację seksualną najlepiej zacząć przed rozpoczęciem aktywności płciowej,
- edukacja musi brać pod uwagę czynnik społecznego i kulturowego kontekstu płci, zarówno w przypadku chłopców, jak i dziewcząt,
- na podejmowanie decyzji o aktywności seksualnej i zdrowie seksualne młodych ludzi wpływa wiele czynników,
- młodzież jest grupą rozwojowo niejednorodną i nie do wszystkich można dotrzeć przy użyciu tych samych technik.

Oprócz tego, wyniki innych badań (zob. Grunseit 1997) wskazują też, że skuteczne programy edukacyjne powinny:

- mieć solidne podstawy w teorii nauczania społecznego,
- mieć precyzyjne programy nauczania, jasno definiować pożądane zachowania i jasno przedstawiać ryzyko, jakie niosą kontakty seksualne bez zabezpieczenia, oraz sposoby zabezpieczenia przed tym ryzykiem,
- koncentrować się na zajęciach dotyczących presji społecznej i towarzyskiej,
- uczyć i dawać możliwość trenowania umiejętności komunikowania się i negocjacji,
- zachęcać do otwartości w rozmowach o seksie,
- uczyć młodych ludzi umiejętności „odszyfrowania” przesłań mediów, a także leżących u ich podstaw założeń i ideologii.

Szwecja, mająca wieloletnie doświadczenia w realizacji edukacji seksualnej społeczeństwa, opracowała zbiór podstawowych zasad i wartości, którymi powinna się kierować szkoła w tym zakresie. Głoszą one, iż szkoła powinna:

- uczyć szacunku dla godności drugiego człowieka (w tym jego seksualności);

- nikt nie może traktować drugiej osoby jako przedmiotu zaspokajania własnych potrzeb (w tym także seksualnych);
- uczyć szacunku dla nietykalności życia oraz prawa do osobistej prywatności;
- każda forma psychicznego nacisku, nie mniej niż przemoc fizyczna, powoduje naruszenie czyjejs prywatności;
- nauczać, że osobista prywatność jest ściśle powiązana z prawem do budowania międzyludzkich i seksualnych związków. Stałe partnerskie związki mają więcej do zaoferowania niż przypadkowe kontakty seksualne;
- uczyć zasady wierności w związku względem męża/żony, narzeczonego/narzeczonej, partnera/partnerki;
- sprzeciwiać się wizerunkowi ludzkiej seksualności przedstawianego w pornografii;
- rozwijać w uczniach cechy, które mogą wpływać na pozytywne podejście do równouprawnienia kobiet i mężczyzn;
- wspierać walkę ze stereotypami dotyczącymi płci i ról płciowych;
- w równości praw wymagać również odrzucenia dyskryminacji rasowej w relacjach seksualnych;
- walczyć z dyskryminacją mniejszości seksualnych poprzez pracę nad postawami społecznymi i osobistymi;
- udzielać wskazówek dotyczących praw seksualnych osób umysłowo i fizycznie niepełnosprawnych;
- przeciwdziałać i walczyć z uprzedzeniami dotyczącymi związków seksualnych osób starszych;
- przyczyniać się do budowania i kształtowania w uczniach postaw tolerancji dotyczących związków międzyludzkich.

Wychowanie seksualne w Polsce jako element nauczania w szkołach 1a przestrzeni lat poddawany był licznym ocenom i modyfikacjom. Za umową datę, wyznaczającą początek publicznej dyskusji o edukacji seksualnej przyjmuje się rok 1957, w którym powstało Towarzystwo Świadomego Macierzyństwa (obecnie Towarzystwo Rozwoju Rodziny). Pierwszy etap historii edukacji seksualnej przypada na lata 1973–1990, kiedy po raz pierwszy wprowadzono zajęcia edukacji seksualnej, a lata 1990–2002 to okres, w którym podejmowano liczne zmienne decyzje dotyczące tych zdjęć.

W 1973 roku Ministerstwo Oświaty i Wychowania wprowadziło do szkół średnich przedmiot „przygotowanie do życia w rodzinie socjalistycznej” jako nadobowiązkowy w wymiarze 1 godziny tygodniowo, w ramach godzin wychowawczych. Szybko na szczęście władze oświatowe zdecydowały się na usunięcie przymiotnika: „socjalistyczny”. Od 1975 roku zaczęło obowiązywać „przygotowanie do życia w rodzinie”.

W 1986 roku przedmiot jako obligatoryjny wprowadzono do szkół w ramach godzin wychowawczych i innych przedmiotów dla klas IV–VIII. W szkołach średnich był lekcją wydzieloną w wymiarze 2 godzin miesięcznie w ramach godzin wychowawczych. W 1987 roku ukazał się podręcznik autorstwa D. Andziak, W. Sokoluka, M. Trawińskiej *Przygotowanie do życia w rodzinie*, już na przełomie 1987/1988 roku został uznany za obowiązujący dla szkół średnich. Wprowadzenie podręcznika wywołało światopoglądową dyskusję na temat jego zawartości merytorycznej. Powołano nawet komisję, która zadecydowała, iż posługiwanie się podręcznikiem zależy od decyzji nauczyciela. Ostatecznie komisja wnioskowała o niewykorzystywanie podręcznika jako obowiązującej pomocy szkolnej. W latach 1990–1992 przedmiot realizowano w zależności od decyzji nauczyciela.

W styczniu 1993 roku Sejm RP uchwalił Ustawę o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Artykuł 4 punkt 2 ustawy zobowiązywał ministra edukacji narodowej do ustalenia szczegółowego programu nauczania. 18 sierpnia 1993 roku ukazało się rozporządzenie obligujące szkoły do realizacji wychowania seksualnego. Nauczanie miało być realizowane w klasach I–III i IV–VIII szkoły podstawowej i w szkołach ponadpodstawowych. Każdy program zawierał dwie grupy tematów: „Kształtowanie postaw, zachowań i nawyków związanych z życiem w rodzinie, grupach rówieśniczych i makrospołecznych, które wynikają ze świadomie przyjętego systemu wartości i sprzyjają podejmowaniu odpowiedzialnych decyzji” oraz „Przekazywanie uczniom wiadomości niezbędnych dla zrozumienia, czym płciowość, miłość, małżeństwo i rodzina”. Miały one być realizowane na lekcjach wychowawczych, lekcjach biologii, higieny, ochrony środowiska, historii, geografii, języka polskiego i języków obcych. W rzeczywistości edukację seksualną prowadzono w bardzo wąskim zakresie, w ramach niektórych przedmiotów. Według zaleceń ministra edukacji narodowej odpowiedzialność za zorganizowanie zajęć miała

spoczywać na wychowawcach klas. Była to jednak fikcja w pracy szkoły. Rozłożenie realizacji tego zadania na tyle przedmiotów powodowało że nikt nie ponosił odpowiedzialności za efekty nauczania. Rozporządzenie stanowiło komfortowe wyjście dla decydentów, którzy przecież podjęli działania wspierające zapisy ustawy. Był to typowy przykład arogancji władzy wprowadzającej restrykcyjną ustawę, traktując jednocześnie instrumentalnie społeczeństwo, a szczególnie młodzież.

Sytuacja uległa zmianie w 1996 roku w trakcie nowelizacji ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży wprowadzając obowiązek realizacji przedmiotu „Wiedza o życiu seksualnym człowieka”. Na jego realizację przewidziano 5 godzin w klasie V szkoły podstawowej, 6 godzin w klasie VI i VII i 7 godzin w klasie VII szkoły podstawowej. We wszystkich szkołach ponadpodstawowych natomiast – w wymiarze jednej godziny miesiącu, czyli 10 godzin rocznie.

Po wyborach parlamentarnych i zmianie ekipy rządzącej w 1997 roku grupa senatorów zakwestionowała ideę wprowadzania przedmiotu do szkół. W ich opinii godził on w konstytucyjną ochronę rodziny, ponieważ naruszał prawa rodziców do wychowywania dzieci zgodnie z ich własnymi przekonaniami religijnymi.

W styczniu 1998 roku minister edukacji narodowej powołał zespół opiniotwórczo-doradczy do spraw wprowadzenia przedmiotu „wiedza o życiu seksualnym człowieka”. Podobny zespół, choć w innym składzie, działał również w 1997 roku.

Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności ciąży kolejny raz uległa zmianie w wyniku uchwały Sejmu RP z 16 grudnia 1998 roku. Dotychczasowy przedmiot otrzymał nazwę „wychowanie do życia w rodzinie”. W dniu 12 sierpnia 1999 roku minister edukacji narodowej wprowadził rozporządzenie w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny w fazie prenatalnej oraz o metodach i środkach świadomej prokreacji zawartej w podstawie programowej kształcenia ogólnego.

Zajęcia realizowano w klasach V i VI sześcioletnich szkół podstawowych oraz w klasie VIII, w gimnazjach i szkołach ponadpodstawowych. Udział uczniów

w zajęciach nie był obowiązkowy. Zajęcia nie podlegały ocenie, zostały włączone jako moduł do zajęć edukacyjnych „wiedza o społeczeństwie”. Lekcje mieli realizować przygotowani nauczyciele, którzy ukończyli studia podyplomowe lub kursy kwalifikacyjne prowadzone przez resort edukacji. Przedmiot był nieobowiązkowy dla uczniów, ale obligatoryjny dla szkół. O udziale w zajęciach niepełnoletnich decydowali rodzice po uprzednim zapoznaniu się z programem. Uczniowie pełnoletni podejmowali decyzję samodzielnie.

Według danych badań przeprowadzonych w listopadzie 2000 roku* ponad połowa dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce w roku szkolnym 1999/2000 i 2000/2001 nie miała zajęć z przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie”. W niektórych szkołach przedmiot był proponowany uczniom jako zajęcia pozalekcyjne, na przykład po południu lub w soboty. Często lekcje prowadziły osoby nieprzygotowane merytorycznie lub zmuszane do odbycia kursu kwalifikacyjnego pod groźbą utraty godzin i niewypracowania nauczycielskiego pensum. Zdarzały się przypadki, gdy w obliczu trudności ze znalezieniem nauczyciela przedmiotu dyrekcja prosiła rodziców o niewyrażanie zgody na udział dziecka w zajęciach. Niejednokrotnie dyrekcja szkoły miała poczucie, że rozwiązuje problem. Z tego typu praktykami spotykamy się niestety po dzień dzisiejszy.

Interesujące w tym kontekście wydają się wnioski zawarte w raporcie z badania przeprowadzonego w szkołach ponadpodstawowych województwa pomorskiego**. Badanie zostało przeprowadzone w dwóch częściach. Pierwszą zrealizowano przed rozpoczęciem zajęć, drugą – na całej próbie po zakończeniu programu na tej samej próbie. Dwuetapowość badań miała na celu „uchwycenie wpływu odbytych spotkań na świadomość i postawy młodzieży”.

Autorzy raportu stwierdzili między innymi, że odsetek uczniów akceptujących używanie prezerwatyw wynosił przed cyklem zajęć 90%, natomiast po spotkaniach zmalał do 82%. Spadek akceptacji prezerwatywy wyniósł 8%. O 5%

* Badanie zrealizowane przez Pracownię Badań Społecznych w Sopocie na zlecenie Towarzystwa Rozwoju Rodziny

** Badanie „Ewaluacja postaw młodzieży wobec norm i wartości związanych z życiem rodzinnym, zdrowotnym i społecznym pod wpływem zajęć szkolnych »wychowanie do życia w rodzinie«, na próbie 1043 uczniów wykonane na zlecenie Ministerstwa Edukacji Narodowej przez Pracownię Realizacji Badań Socjologicznych Uniwersytetu Gdańskiego, styczeń 2001

wzrosła grupa uczniów, którzy nie mieli zdania w tej kwestii, o 3% – tych, którzy nie akceptowali używania prezerwatyw. Czy aby na pewno o taką właśnie edukację nam chodzi? Nic dziwnego, że badania z 2001 roku na temat wiedzy społeczeństwa o HIV/AIDS wykazały spadek tej wiedzy, o czym piszę w rozdziale o społecznych problemach HIV/AIDS.

Niestety do prowadzenia zajęć z przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie” po 10 marca 1999 roku minister edukacji narodowej zatwierdził pięć podręczników. Cztery z nich prezentowały jeden światopogląd, zgodny z nauką Kościoła katolickiego. Publikacje mogły być uzupełnieniem lekcji katechezy, choć poruszane podczas nich zagadnienia roli mężczyzny i kobiety wzmocniały stereotypowy wizerunek płci i ról płciowych, jednoznacznie sprowadzały rolę kobiety do życia w rodzinie i dla rodziny, marginalizowały takie problemy współczesnej rodziny, jak samotne macierzyństwo, rozwody, przemoc, alkoholizm. Z kolei fragmenty dotyczące na przykład antykoncepcji czy seksualności nie były oparte na rzetelnej i obiektywnej wiedzy, zawierały też wiele nieprawdziwych informacji. Autorzy tych fragmentów często powołują się na rzekome autorytety lub wyniki badań, nie podając jednocześnie źródła danych. Dla przykładu, przyjrzyjmy się wybranym fragmentom z dwóch zatwierdzonych podręczników.

„...spośród małżeństw stosujących środki antykoncepcyjne rozchodzi się około 30–40%, zaś w grupie małżonków, które stosują tylko ekologiczne, zdrowe planowanie rodziny, procent ten wynosi 1. A więc różnica olbrzymia. Warto więc się zastanowić, dlaczego. Naturalny styl życia:

- wymaga porozumiewania się małżonków, co pogłębia więź między nimi,
- wymaga wspólnego zastanawiania się (a wtedy człowiek bardziej dojrzewa),
- wymaga wspólnego podejmowania decyzji (co daje poczucie partnerstwa),
- małżonkowie nie są uzależnieni od firm i środków farmaceutycznych niszczących bądź ograniczających płodność (działania wolne),
- nie wprowadzają celowo trujących substancji do swojego organizmu, dzięki temu są zdrowsi,
- małżonkowie (szczególnie kobiety) mogą szybko rozpoznać rozpoczynający się proces chorobowy narządów rodnych (niektóre środki antykoncepcyjne nie tylko to uniemożliwiają, ale wprost wywołują poważne zaburzenia) [...],

- nie występuje oziębłość płciowa (występuje ona u 40% kobiet stosujących środki antykoncepcyjne),
- współżycie seksualne nie staje się rutynowe, bez głębszej treści,
- małżonkowie (szczególnie kobiety) nie mają poczucia, że są wykorzystywani jako przedmiot rozładowania napięć seksualnych”; „Przerwy we współżyciu w okresach płodnych są zgodne z naturą. Jeśli człowiek nie ma żadnych ograniczeń, ulega przesytwieniu, znudzeniu. Dzięki powstrzymaniu się od współżycia wzrasta u małżonków oczekiwanie na zjednoczenie, wzrasta atrakcyjność współżycia”; „Brak ojca może spowodować zachwianie identyfikacji seksualnej, które u chłopca może objawić się lękiem przed byciem mężczyzną, natomiast u dziewczynki zrodzić lęk przed mężczyznami”; „(...) nadmierny chłód, nadmierna uległość lub zaborczość mogą przyczynić się do nieprawidłowego ukierunkowania popędu seksualnego”; „Kiedy Bogdan wędruje do pracy, cały dzień o nim myślę. Sprzątam, ustawiam kwiaty – uśmiecham się do niego, patrzę jakby jego oczami – spodoba mi się czy nie. Gdy kupię nowe firanki, z drżeniem serca czekam, czy je zauważy. Kiedyś, kiedy bardzo tęskniłam za nim, zapytałam, czy myślał o mnie w pracy. Przytulił mnie i powiedział – prawdę mówiąc – nie! Nie miałem na to czasu. I gdyby nie jego ciepłe oczy, uśmiech, w tejże chwili zwątpiłabym, czy mój mąż mnie kocha”; „Ojciec poznaje świat i siebie również przez żonę, to kobieta przybliży cały świat mężczyźnie. On. Skoncentrowany na rozwiązywaniu problemów, kalkulacji i logicznym myśleniu, potrzebuje kobiecego wsparcia w odczuwaniu tego, co niewidzialne, nieuchwytnie, co wiąże się ze sferą ducha, wartości, z miłością. Kobieta potrzebuje od mężczyzny, męża i ojca swego dziecka, opieki, bezpieczeństwa, szacunku i wsparcia. Dla matki samo dziecko stanowi Centrum jej uwagi”; „Warto wiedzieć, że wydawcy pism pornograficznych czy farmaceuci produkujący środki antykoncepcyjne lub wczesnoporonne zarabiają ogromne pieniądze. Często więc stosują zupełnie zakłamaną reklamę, byleby zdobyć klientów, szczególnie wśród młodych ludzi. Pewien moment zastanowienia pojawił się przy pierwszych informacjach o rozprzestrzenianiu się AIDS. Szybko jednak i tutaj znaleziono sposób oszukiwania ludzi, podając fałszywe informacje o możliwości całkowitego zabezpieczenia się dzięki prezerwatywie”; „(...) pary małżeńskie stosujące środki antykoncepcyjne przeżywają

przez kilka lat fascynacje erotyczne. Ale po paru latach (średnio po 5) zaczynają się kryzysy, znudzenie sobą, poczucie, że dla partnera jest się tylko przedmiotem do zaspokajania jego potrzeb, że tak naprawdę nigdy nie było się tym, dla kogo pragnie się coś ofiarować.

Tak jak w sferze fizycznej występuje przesyty (np. przy jedzeniu), także w sferze psychicznej istnieje »przesyt psychiczny«, czyli znudzenie. Małżonkowie stosujący środki antykoncepcyjne czują się »zabezpieczeni«, nie mają więc żadnego powodu, aby ograniczać współżycie. Stała kumulacja doznań seksualnych po pewnym czasie wywołuje brak zadowolenia i spadek atrakcyjności”; „Ważnym argumentem przeciwko antykoncepcji jest utrwalanie przez nią niedojrzałych faz rozwoju psychoseksualnego człowieka – niekiedy bardzo prymitywnego odreagowywania napięć seksualnych na zasadzie działań odruchowych (...). Instrumentalne traktowanie, stała dyspozycyjność, brak komunikacji na wyższym poziomie stają się zagrożeniem dla rozwoju psychoseksualnego człowieka”.

(z: Maria Ryś [opr.], *Wychowanie do życia w rodzinie. Książka dla młodzieży*)

„Jeśli jesteś w nałogu masturbacji, staraj się od niego uwolnić (...) jeśli nie udaje ci się to od razu, możesz walczyć stopniowo, »małymi kroczkami«,»zaczynając nawet od powstrzymywania się przez 5 minut – nie poddawaj się. Pozostawanie w nałogu może mieć bowiem poważne konsekwencje w przyszłym życiu. Przede wszystkim ciągle poczucie zniewolenia będzie utrudniało dochodzenie do dojrzałości uczuciowej. Oprócz tego może spowodować zaburzenia w kontaktach z płcią odmienną, nawet znacznie zmniejszać zdolność pełnego przeżywania radości ze współżycia w małżeństwie”; „Postawa homoseksualna jest formą zaprzeczenia własnej płciowości i wyrazem lęku przed partnerem płci odmiennej oraz agresji wobec samego siebie. Sięganiu do zachowań homoseksualnych sprzyja także kreowanie w środkach masowego przekazu obrazu »prawdziwego mężczyzny« i »prawdziwej kobiety«, wpędzające ludzi w kompleksy”; „...ucieczka od płodności. Nazywa się to inaczej antykoncepcją... – obecnie rozumie się pod nim wszelkie sztuczne metody zarówno przeciwporonowe, jak i wczesnoporonne. Jest to więc już tzw. regulacja urodzeń, która również niedopuszcza do urodzenia się dziecka już poczętego, przez uniemożliwienie zagnieżdżenia się zarodka w macicy lub wywołanie poronienia. Skrajnym działaniem tego rodzaju jest aborcja. (...) Środki używane w antykoncepcji dzieli się

według skutków ich działania na przeciwpozęciowe i wczesnoporonne (przy czym trzeba zaznaczyć, że ten podział nie jest całkowicie dokładny: czasem postępowanie przeciw poczęciu może doprowadzić do poronienia poczętego dziecka). (...) Ich działanie polega na uniemożliwieniu rozwoju poczętego dziecka, czyli na doprowadzeniu do obumarcia w łonie matki lub wydalenia (...) spirala jest środkiem wczesnoporonnym uniemożliwiającym życie poczętego dziecka. Jeśli pomimo wszystko zagnieżdzi się ono w macicy i nie zostanie wydalone na zewnątrz, a lekarz nie wyjmie w porę spirali, to zwykle pozostaje ona na zewnątrz jaja płodowego. Niemniej, czasem wrasta ona w błony płodowe lub łożysko i może stanowić zagrożenie dla prawidłowego przebiegu ciąży (...) zdarza się przebicie ścianki macicy, a nawet przedostanie się spirali do jamy brzusznej”, „Psychologowie stwierdzają, że zaburzenia nie omijają też kobiet, które zgodziły się potraktować swoje ciało jako swoiste laboratorium. (...) Sztuczne zapłodnienie prowadzi do tego, że kobieta może mieć zachwianą tę świadomość, czuć, jak gdyby nie panowała nad własnym ciałem. Efektem mogą być nawet poważne zaburzenia osobowości”.

(z: M.W. Grabowsky, A.M. Niemyscy, M.P. Wołochowiczowie, *Zanim wybierzesz...*,

Przygotowanie do życia w rodzinie, podstawy wychowania seksualnego)

Publikacje te nie powinny być podstawą nauczania przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie” przede wszystkim dlatego, że treści w nich zawarte nie służą zdrowiu seksualnemu i reprodukcyjnemu w rozumieniu Światowej Organizacji Zdrowia. Do tej pory, zgodnie z informacjami przekazywanymi przez Ministerstwo Edukacji Narodowej, do realizacji przedmiotu przygotowanych zostało około 15 tys. nauczycieli. Ukończyli oni kursy kwalifikacyjne prowadzone przez ośrodki dokształcania nauczycieli (ODN), wojewódzkie ośrodki metodyczne (WOM) lub też podyplomowe studia w 20 ośrodkach akademickich w kraju. Wątpliwości budzą zarówno treści, jak i jakość kształcenia nauczycieli w wielu tych ośrodkach. W zdecydowanej większości przypadków przekazywane treści mają charakter jednoznacznie światopoglądowy, niezgodny z obowiązującą wiedzą naukową.

Mając na uwadze potrzeby w zakresie wychowania seksualnego oraz biorąc pod uwagę stan wychowania do życia w rodzinie w Polsce w 2001 roku Towarzystwo Rozwoju Rodziny wystosowało do rządu następujące postulaty:

- powołanie zespołów ekspertów weryfikujących program realizowany w szkołach,
- powołanie zespołów szkoleniowe przygotowujących osoby do prowadzenia edukacji seksualnej w szkołach,
- opracowanie specjalnego programu dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej (niepełnosprawność słuchu, mowy, ruchowa, z upośledzeniem umysłowym),
- zweryfikowanie treści programu zgodnie z definicją zdrowia seksualnego ONZ oraz Deklaracją Światowego Towarzystwa Seksuologicznego z Walerencji, dotyczącej praw seksualnych człowieka,
- powołanie nowych recenzentów i dokonanie ponownej recenzji podręczników do przedmiotu,
- odideologizowanie edukacji seksualnej,
- zwiększenie liczby godzin zajęć z młodzieżą w szkołach – do jednej godziny tygodniowo oraz uwzględnienie pedagogizacji rodziców w tym zakresie,
- włączenie przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie” do obowiązkowej siatki godzin, na wszystkich etapach nauczania,
- podręczniki do nauki przedmiotu winny zawierać informacje zgodne z obecnym stanem wiedzy i przedstawiać je w sposób bezstronny.

Dnia 26 lutego 2002 roku zostało wprowadzone rozporządzenie ministra edukacji narodowej i sportu w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół dotyczące przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie”. Zgodnie z nim zajęcia mają być realizowane w klasach V i VI sześcioletnich szkół podstawowych, w VIII klasach dotychczasowych ośmioletnich szkół podstawowych, gimnazjach i dotychczasowych szkołach ponadpodstawowych, w tym specjalnych, publicznych i niepublicznych posiadających uprawnienia szkół publicznych.

Na realizację zajęć przeznaczono w szkolnym planie nauczania następującą liczbę godzin w roku szkolnym:

- w klasach V i VI sześcioletniej szkoły podstawowej, w przypadku realizacji ramowego planu nauczania, z godzin do dyspozycji dyrektora po 14 godzin, w tym po 5 godzin z podziałem na grupy dziewcząt i chłopców,
- w klasach V i VI sześcioletniej szkoły podstawowej, w przypadku realizacji ramowego planu nauczania, oraz w klasie VIII dotychczasowej ośmioletniej

szkoły podstawowej, jako zajęcia dodatkowe po 14 godzin, w tym po 5 godzin z podziałem na grupy dziewcząt i chłopców,

- w każdej klasie gimnazjum, z godzin przewidzianych w ramowym planie nauczania na realizację zajęć edukacyjnych „wiedza o społeczeństwie” po 14 godzin, w tym po 5 godzin z podziałem na grupy dziewcząt i chłopców,
- w szkołach ponadpodstawowych, w przypadku realizacji ramowych planów nauczania, w których przewidziane są godziny do dyspozycji dyrektora, w ramach tych godzin, a w pozostałych przypadkach jako zajęcia dodatkowe po 10 godzin; w szczególnie uzasadnionych przypadkach, po uzgodnieniu z organem prowadzącym, zajęcia mogą być realizowane z podziałem na grupy dziewcząt i chłopców. Udział ucznia w zajęciach nie jest obowiązkowy. Na udział w zajęciach uczniów niepełnoletnich zgodę w formie pisemnej wyrażają rodzice lub prawni opiekunowie. Po osiągnięciu pełnoletności o udziale w zajęciach decydują sami uczniowie, deklarując swój udział na piśmie.

Zajęcia nie podlegają ocenie i nie wpływają na promocję ucznia do klasy programowo wyższej ani na ukończenie przez ucznia szkoły. W przypadku udziału ucznia w zajęciach fakt ten odnotowuje się na świadectwie szkolnym w części przeznaczonej na dodatkowe zajęcia edukacyjne wpisem „uczestniczył(a)”. W każdym roku szkolnym przed przystąpieniem do realizacji zajęć nauczyciel wraz z wychowawcą klasy przeprowadza co najmniej jedno spotkanie informacyjne z rodzicami uczniów niepełnoletnich oraz z uczniami pełnoletnimi. Nauczyciel jest zobowiązany przedstawić pełną informację o celach i treściach realizowanego programu nauczania, podręcznikach szkolnych oraz środkach dydaktycznych. Za przeprowadzenie spotkań odpowiedzialny jest dyrektor szkoły. Zajęcia mogą być prowadzone przez osoby posiadające kwalifikacje do nauczania w danym typie szkoły oraz ukończone studia wyższe w zakresie nauk o rodzinie albo studia podyplomowe lub kursy kwalifikacyjne.

Polacy o edukacji seksualnej

W Polsce – zwłaszcza w debacie publicznej, często zdominowanej interesami politycznymi – dominują dwa skrajne podejścia do edukacji seksualnej: na jednym biegunie można umiejscowić głosy osób, które dążą do całkowitego zakazu

prowadzenia edukacji seksualnej, na drugim zaś tych, którzy edukację seksualną sprowadzają do poznania sposobów zabezpieczania się przed niepożądaną ciążą. Młodzież polska potrzebuje jednak różnorodnych informacji, które umożliwią jej podjęcie świadomej decyzji w zakresie rozpoczęcia życia seksualnego. Niewątpliwie ważna jest tu rola rodziców, którzy jednak zaniedbują w tym zakresie swoje dzieci. Obowiązek zostaje więc po stronie systemu edukacyjnego.

W 1997 roku 88% badanych w wieku 15–49 lat było zdania, że w szkołach powinno się prowadzić zajęcia wychowania seksualnego. W roku 2001 odsetek ten zwiększył się do 91. Opinie Polaków są związane ze stopniem ich religijności, choć nie tak bardzo, jak mogłoby się wydawać: 68% w 1997 i 67% w 2001 osób określających się mianem głęboko wierzących i regularnie praktykujących dopuszcza prowadzenie zajęć wychowania seksualnego. Wyniki te – wbrew rozpowszechnianym opiniom – świadczą o dużym przyzwoleniu społecznym na realizację wychowania seksualnego w polskich szkołach.

Opinie badanych pozwalają na zarysowanie pożądanych treści wychowania seksualnego. Najwięcej osób uznało, że jego celem powinno być uczenie dzieci, jak uchronić się przed chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym HIV/AIDS, oraz ochrony przed niepożądaną ciążą. W poniższej tabeli prezentowane są wyniki dla grupy wiekowej 15–49 lat.

Tabela 27. Treści zajęć wychowania seksualnego (w procentach)

Czy zajęcia z wychowania seksualnego w szkołach powinny Pana/Pani zdaniem:	Ogółem N=1985 15–49 lat	Ogółem N=2450 15–49 lat
	1997	2001
Uczyć, jak uchronić się przed chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym i HIV/AIDS	82,7	75,2
Uczyć, jak uchronić się przed niepożądaną ciążą	77,8	72,3
Uczyć szacunku dla płci przeciwnej	56,6	50,6
Dostarczyć informacji o rozwoju fizycznym i psychicznym człowieka	52,6	45,7
Uczyć, jak rozwiązywać konflikty i budować trwałe związki uczuciowe	51,3	44,0
Dostarczyć informacji o różnicach w podejściu do seksu i miłości u dziewcząt i chłopców	52,0	43,4
Dostarczyć informacji o współżyciu seksualnym	59,4	40,9

Przekonywać do niepodejmowania współżycia seksualnego bez głębszego zaangażowania uczuciowego	38,7	27,3
Uczyć, jak czerpać radość i przyjemność z seksu	–*	27,3
Przekazywać religijny punkt widzenia na sprawy płci i rodziny	23,1	17,5
Przekonywać do niepodejmowania współżycia seksualnego przed ślubem	16,1	13,5
Przekazywać świecki punkt widzenia na sprawy płci i rodziny	15,0	12,9
Brak danych	2,8	2,5

* Nie uwzględniono w 1997 roku.

W ocenie potencjalnych odbiorców tego przedmiotu, 15–19-letnich respondentów, najważniejszą kwestią, jaka powinna być poruszana na zajęciach wychowania seksualnego, jest wiedza z zakresu ochrony przed chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym HIV/AIDS, oraz przed niepożądaną ciążą. Niemal połowa badanych w wieku 15–19 lat uznała za ważne, aby zajęcia objęły także naukę szacunku dla płci przeciwnej, informacje o współżyciu seksualnym, naukę rozwiązywania konfliktów i budowania trwałych związków uczuciowych oraz informacje o różnicach w podejściu do seksu i miłości u dziewcząt i chłopców.

Problem świeckości czy religijności okazał się najmniej ważny dla badanych w kontekście wiedzy: jedynie 14% respondentów stwierdziło, że wychowanie seksualne powinno przekazywać religijny punkt widzenia, 10% zaś preferuje świecki punkt widzenia.

Również telewizja zdaniem 81% badanych powinna stanowić źródło wiedzy o wychowaniu seksualnym, choć w porównaniu z pomiarem poprzednim odsetek ten zmniejszył się o 5.

Wśród respondentów badania* ze stycznia 2002 roku 51% jest przekonanych, iż udział uczniów w zajęciach wychowania seksualnego winien być obowiązkowy, zaś kolejne 44% uważa, że dobrowolny (5% nie miało zdania). Co ciekawe, młodzi ludzie w wieku 15–19 lat bardziej skłaniają się ku zajęciom dobrowolnym (79%) niż obowiązkowym (17%).

* Badanie Omnimas przeprowadzone przez TNS OBOP na ogólnopolskiej, reprezentatywnej; 1004 osobowej próbie mieszkańców Polski w wieku 15+ (w tym 659 osób w wieku 15–49 lat) (zob. Z. Izdebski, 2002)

Tabela 28. Ranking tematów i zagadnień – propozycje badanych dotyczące zawartości programowej wychowania seksualnego wśród osób w wieku 15–17 lat (2001, N=223; w procentach)

Tematy i zagadnienia proponowane przez badanych	Odsetek wskazań
Uczyć, jak uchronić się przed chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym HIV/AIDS	77,1
Uczyć, jak uchronić się przed niepożądaną ciążą	71,3
Uczyć szacunku dla płci przeciwnej	48,4
Dostarczyć informacji o współżyciu seksualnym	46,2
Uczyć jak rozwiązywać konflikty i budować trwałe związki uczuciowe	46,2
Dostarczyć informacji o różnicach w podejściu do seksu i miłości u dziewcząt i chłopców	43,9
Dostarczyć informacji o rozwoju fizycznym i psychicznym człowieka	42,2
Uczyć jak czerpać radość i przyjemność z seksu	26,5
Przekonywać do niepodejmowania współżycia seksualnego bez głębszego zaangażowania uczuciowego	24,2
Przekonywać do niepodejmowania współżycia seksualnego przed ślubem	14,3
Przekazywać religijny punkt widzenia na sprawy płci i rodziny	14,3
Przekazywać świecki punkt widzenia na sprawy płci i rodziny	10,3

W opinii 40% badanych w wieku 15–49 lat winna być wymagana pisemna zgoda rodziców na uczestnictwo dzieci w tych zajęciach (18,3% – zdecydowanie tak, 21,7% – zdecydowanie nie). W styczniu 2002 roku dominowali (54%) jednakże ci, którzy nie widzieli potrzeby takiej zgody (32,9% – raczej nie, 21% – zdecydowanie nie). Natomiast opinie nastolatków rozłożyły się w tym zakresie po połowie: 49% dostrzega potrzebę pisemnej zgody rodziców i 48% jej nie dostrzega. Badani częściej wskazywali wymóg pisemnej zgody, gdy uważali, iż przedmiot ten winien być dobrowolny ($r=-0,255$).

Zdaniem 76,7% ogółu badanych w 2001 roku telewizja powinna (odpowiedzi „tak” i „raczej tak”) stanowić nośnik wiedzy o wychowaniu seksualnym, choć w porównaniu z pomiarem poprzednim odsetek ten zmniejszył się o 5 (w 1997 roku wynosił 81,3).

W dobie nowoczesnych technologii, pojawienie się Internetu jako środka komunikacji między ludźmi stworzyło nowe możliwości w sferze zachowań seksualnych. Internet daje możliwość poruszania tematów związanych z seksem

w sposób mniej krępujący i anonimowo. Użytkownicy mogą opisywać swoje doznania, fantazje seksualne, jak również ulubione techniki bez ryzyka zakażenia się wirusem HIV. Dopóki ryzykowne zachowania pozostają jedynie w sferze deklaracji, na przykład w trakcie rozmowy wirtualnej, Internet pozostaje bezpiecznym medium.

Prawie połowa badanych (47,7%) korzystających z Internetu nigdy nie uczestniczyła w czacie internetowym, a 7% korzystało raz w życiu, 17% uczestniczyło wiele razy, a 28% – kilkakrotnie. Dla 64% badanych ważna w czatach jest możliwość porozmawiania z ciekawymi ludźmi, dla 50% – możliwość pozostania anonimowym, dla 44% zaś – możliwość porozmawiania na wstydliwe tematy. Wśród badanych 13% wskazuje na możliwość swobodnej rozmowy o seksie, 11% twierdzi, że czat daje możliwość umówienia się na randkę, a 4,5% – że można tą drogą znaleźć partnerkę/partnera.

Uwagi końcowe

Według Światowej Organizacji Zdrowia zdrowie seksualne to zespół biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych czynników życia seksualnego, niezbędnych do pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. A jacy my jesteśmy?

W zdecydowanej większości Polacy są zadowoleni ze swojego życia seksualnego. Z sondaży społecznych wynika, że to jeden z wyższych wskaźników naszego optymizmu. Mimo że seks jest dla Polaków ważnym elementem życia, to analiza indywidualnych biografii seksualnych wskazuje, że często minimalizujemy nasze oczekiwania. W Polsce trudnością jest przekazywanie własnych uczuć, potrzeb i oczekiwań związanych ze sferą erotyzmu. Dodatkowo nierzadko myślimy w kategoriach stereotypów płci.

Na seksualność człowieka powinniśmy patrzeć w cyklu jego życia i realizowanego stylu życia, pamiętając także, że żyjemy coraz dłużej. Często mamy do czynienia z nie do końca zwerbalizowanymi oczekiwaniami seksualnymi i brakiem komunikacji między partnerami. Stąd zdarza się, że poszukujemy realizacji seksualnej poza swoim stałym związkiem, decydując się na ryzykowne zachowania.

Ryzykowne zachowania dotyczą także pewnej grupy ludzi wchodzących w nowe stałe związki i wynikają z braku analizy przeszłości swojej i nowego partnera. Warto zdawać sobie sprawę z licznych zagrożeń, wynikających choćby z nie-

bezpieczeństwa zakażenia wirusem HIV. Ulegając emocjom czy fascynacji, idealizujemy partnera, nie zdając sobie sprawy z zagrożenia. Miłość związana jest z odpowiedzialnością i w imię troski o dobro związku, powinniśmy pomyśleć o wykonaniu wspólnie testu na obecność wirusa HIV.

Niektórzy ulegają mitom związanym ze szkodliwością nowoczesnej antykoncepcji, a jednocześnie największym lękiem, jaki odczuwamy w relacjach seksualnych, jest lęk przed ciążą. Analizując zachowania osób stosujących tabletki antykoncepcyjne obserwujemy większe zadowolenie z życia seksualnego, wynikające z poczucia bezpieczeństwa i przeżywanej satysfakcji.

Coraz częściej pojawiającym się utrudnieniem w życiu seksualnym jest stres i zmęczenie, związane z trybem życia zawodowego, które przenosi się niekorzystnie na sferę seksualności.

W Polsce obserwujemy duże przyzwolenie społeczne na edukację seksualną, a jednocześnie niską jej jakość i prymat ideologii nad traktowaniem seksualności człowieka jako składowej promocji zdrowia. Dlatego potrzeba edukacji seksualnej nie odnosi się tylko do dzieci i młodzieży, ale do całego społeczeństwa. Na różnych etapach naszego życia mogą się bowiem pojawić problemy wynikające z braku wiedzy seksuologicznej, braku umiejętności komunikowania i nieradzenia sobie z dysfunkcjami seksualnymi, na przykład związanymi z zaburzeniami erekcji. Zdecydowana większość Polaków nie szuka pomocy u specjalistów, banalizuje problemy zakładając, że są konsekwencją starzenia się organizmu.

Dzięki publikacjom zamieszczanym w magazynach ilustrowanych dla kobiet wzrasta świadomość seksualna tej grupy. Równocześnie u mężczyzn narasta lęk związany z zaspokojeniem kobiecych pragnień. Polacy nadal są na etapie opowiadania dowcipów na temat seksu niż konstruktywnej o nim rozmowy. Mamy wprawdzie przykłady, w niektórych programach telewizyjnych, otwartego mówienia o doznaniach seksualnych w naszej obyczajowości często szokujących, ale są to przykłady jednostkowe, wcale nie świadczące o rzeczywistym otwarciu na sferę seksualną.

Edukacja seksualna społeczeństwa to także nauka tolerancji wobec różnorodności ludzkiej seksualności. Jak długo nikt nikogo nie krzywdzi, nie wykorzystuje, powinien spotykać się ze zrozumieniem. I tego też powinniśmy się uczyć.

Spojrzenie socjologa

Antonina Ostrowska

Spółzestnie społozaga

Amurina Ostraha

Wstęp

Związki seksualne stanowią niewątpliwie jedną z istotniejszych płaszczyzn kontaktów międzyludzkich. Poprzez związek seksualny realizowane są potrzeby uczuć, więzi międzyludzkiej, kontaktu emocjonalnego. Właśnie w związkach uczuciowo-seksualnych ludzie nawiązują głębokie porozumienie, najściślejsze i najbardziej intymne kontakty. Jak zauważa Kazimierz Imieliński (1977), nawet związek seksualny bez głębokiego zaangażowania uczuciowego może dostarczyć partnerom bogatych przeżyć emocjonalnych i przyczynić się do powstania więzi daleko wykraczającej poza sferę seksualną. Możliwość dawania i doznawania przyjemności zmysłowych, cielesna bliskość i psychiczna łączność z drugim człowiekiem zapobiegają osamotnieniu i izolacji społecznej. Życie seksualne jest istotnym składnikiem małżeństwa i warunkiem niezbędnym prokreacji. Przypisuje mu się także niejednokrotnie moc napędową wielu aspiracji, pragnień i działań ludzkich. Bywa także, że kontakt seksualny jako efekt przemocy w stosunku do jednostki, wpływa destrukcyjnie na relacje między partnerami. Można więc powiedzieć, że seks jest potężnym kreatorem relacji w społeczeństwie.

Potrzeby seksualne, stanowiące jedną z potrzeb biologicznych człowieka, podane są też przemożnemu, kształtującemu je wpływowi kultury i społeczeństwa. Żadna z elementarnych potrzeb człowieka i sposobów jej zaspokajania nie

podlega tyłu regulacjom normatywnym – moralnym, religijnym, prawnym. Nawet najbardziej intymne zachowania obwarowane są licznymi zakazami, nakazami czy choćby wskazaniem, co jest właściwe i niewłaściwe, przyzwoite i nieprzyzwoite, dozwolone i niedozwolone. Regulacje te podlegają swoistej dynamice, nie są bowiem ustalone raz i na zawsze nawet w obrębie tej samej kultury. Stosunkowo najtrwalsze są normy religijne, w naszym przypadku wyznaczone ideologią chrześcijańską. Regulują one takie kwestie, jak wstrzemięźliwość seksualna przed ślubem, wierność partnerowi małżeńskiemu, reprodukcja i metody regulacji poczęć, nietypowe formy relacji i zachowań seksualnych. W opozycji do wielu norm moralnych ustanowionych przez Kościół pozostają wielorakie nowe trendy kulturowe i cywilizacyjne, modyfikując zasady regulujące dotąd życie płciowe, zmieniając zachowania seksualne i stosunek do seksu. Liberalizacja życia seksualnego, zwana „rewolucją seksualną”, zapoczątkowana na Zachodzie w latach pięćdziesiątych ubiegłego stulecia, sprzyjała wzrostowi akceptacji przedmałżeńskiego życia seksualnego, związków homoseksualnych, seksu grupowego i promiskuityzmu (Izdebski 1996). Nieodłączną częścią tych zmian było osłabienie i spadek znaczenia związków między ludźmi kształtowanych na podłożu współżycia płciowego na rzecz partnerstwa seksualnego zbudowanego na zasadach równości i przyjaźni oraz autonomizacji względem innych sfer życia.

Zmiany te często przypisuje się tworzeniu się orientacji na doraźną konsumpcję, zanikaniu tradycyjnych reguł, więzi społecznych i kontroli społecznej, osłabieniu rodziny, upowszechniającym „permissywny” wzory seksualności środkom masowej komunikacji i wielu innym zjawiskom i procesom, ostatnio coraz częściej łączonym z globalizacją. Wspomnieć tu także należy o wpływach emancypacji i aktywizacji społecznej kobiet, przejawiającej się także w ich „wyzwoleniu” seksualnym i podkreślaniu satysfakcji płynącej z seksu jako należnego im prawa. Na zmianę zachowań i postaw wobec seksualności mają niewątpliwie wpływ także czynniki natury biologicznej i medycznej. Do tych pierwszych należy akceleracja dojrzałości seksualnej, do drugiej – farmakologiczne przedłużanie aktywności i sprawności seksualnej do późnej starości, a także – oczywiście – rozwój naukowych metod antykoncepcji. W ostatnich latach na zachowania seksualne istotny wpływ miała także epidemia AIDS, zmuszająca do zmiany wielu zachowań seksualnych. O ile wszystkie wcześniej wymienione procesy wpływały na liberalizację norm współżycia seksualnego, znoszenie licznych tabu

i wzrost postaw hedonistycznych, o tyle obawa przed AIDS ograniczyła postępującą swobodę seksualną.

Polska ostatnich lat była niewątpliwie terenem ścierania się wielu norm i wzorów związanych z seksualnością człowieka (Kozakiewicz 1977). Uznawały one małżeństwo, seks i prokreację za sfery w zasadzie niezależne, niekoniecznie realizowalne w ramach jednego, zintegrowanego modelu i powoli torowały sobie drogę do mentalności Polaków. Czy jednak można mówić o „rewolucyjnym” charakterze zachodzących u nas przemian w znaczeniu, w jakim podlegała im kultura euroamerykańska w latach sześćdziesiątych czy siedemdziesiątych? Rewolucje kojarzą się bowiem z przemianami gwałtownymi i radykalnymi. Przez wiele lat mieliśmy raczej do czynienia z ewolucją – tak jak ją definiuje Jan Szczepański (1999) – z systematyczną kumulacją zmian drobnych, zachodzących powoli, często niepostrzeżenie. Dopiero w modernizującym się na wzór Zachodu społeczeństwie lat dziewięćdziesiątych tradycyjne myślenie o seksie związanym z małżeństwem i prokreacją zaczęło otwarcie współzawodniczyć z pojmowaniem i respektowaniem seksualności jako samoistnej wartości i istotnego składnika relacji między ludźmi, nie tylko pozostającymi w związku małżeńskim i nie tylko heteroseksualnymi. Istotnym czynnikiem sprzyjającym liberalizacji poglądów na sprawy seksu stały się też wyzwolone przez wolny rynek szybko rozwijający się pornobiznes, przemysł erotyczny i nasycone seksem wszechobecne reklamy. Być może więc prawdziwa rewolucja seksualna zaledwie do nas dociera i dopiero teraz rozpocznie się batalia między tradycyjną a liberalną kulturą seksualną.

Kontekst przemian obyczajowych czy norm społecznych i moralnych otaczających sferę seksu jest niewątpliwie atrakcyjny dla socjologa, jednak niejedyny. Formy życia seksualnego i ekspresji seksualnej, wzory i preferencje z nim związane są istotnym składnikiem stylów życia ludzi. Seksualność stanowi ważną podstawę więzi międzyludzkich, wpływa na kształt kontaktów między jednostkami, przyczynia się do tworzenia charakterystycznych form komunikacji, podlega wreszcie procesom socjalizacji, w ramach których przekazywane są normy, wzory życia seksualnego charakterystyczne dla różnych środowisk. Style życia różnych grup społecznych podlegają zróżnicowaniu ze względu na typowe dla nich gusty, wzory konsumpcji czy upodobania. Nieobojętne także dla sfery seksu, sprawiają, że stanowi ona także płaszczyznę występowania i odtwarzania

się podziałów stratyfikacyjnych. Takie cechy położenia społecznego, jak wykształcenie, klasa społeczna czy pochodzenie środowiskowe, różnicuje poszczególne elementy seksualności i obyczajowości z nią związanej, stanowiąc interesujący przedmiot badań.

Style życia – ich różnorodność i dynamika zmian – są szczególnie interesujące w kontekście zjawiska określanego mianem ponowoczesności – obejmującego konsumpcyjny stosunek do życia, „seksplodję”, narzucającą seks innym dziedzinom życia społecznego, wszechobecność seksu w mediach, zaabsorbowanie ciałem jako instrumentem odbioru wrażeń czy przyjemności (Jawłowska 2000). Efektem ich działania jest zniesienie wizualnego tabu intymności i skomercjalizowanie nagości, przede wszystkim kobiecej, estetycznej i godnej pożądania. Wskazują one niejednokrotnie na związek seksu ze zdrowiem; „seksualne” są zdrowe, wysportowane ciała, zdrowe, białe zęby, zdrowe włosy, zdrowy uśmiech. Tę ostatnią unię podtrzymują medyczne autorytety; coraz częściej mówi się o roli satysfakcjonującego życia seksualnego dla dobrego samopoczucia, a zatem zdrowia (Ostrowska 1999). Życie seksualne może jednak zawierać także elementy ryzykowne dla zdrowia i prowadzić do różnego rodzaju chorób, zakażeń czy zaburzeń psychicznych. Lęki i niepowodzenia seksualne mogą powodować zachwianie samooceny i relacji z innymi ludźmi. Kwestie te są także istotnym składnikiem życia seksualnego wielu osób.

Interesujące wydaje się też spojrzenie na zachowania czy nawet style życia seksualnego i satysfakcję zeń jako elementy jakości życia. Pojęcie jakości życia jest kategorią zbiorczą, do której najczęściej włącza się samopoczucie psychiczne i fizyczne, byt materialny, stosunki międzyludzkie, możliwości rozwoju osobistego, podmiotowość. Niekiedy jest to także możliwość realizacji dążeń i pragnień, czerpanie satysfakcji życiowej z realizacji istotnych dla siebie wartości. Różne konfiguracje tych elementów składają się na kontinuum, od niskiej jakości życia charakteryzującej się brakiem zaspokojenia potrzeb, do wysokiej, będącej synonimem życia pełnego, twórczego i pozbawionego materialnych niedostatków. Życie seksualne może być niewątpliwie istotnym czynnikiem, mającym swój udział w tak wyróżnionych składnikach jakości życia i czynnikiem determinującym je w sposób niezależny.

Nasuwa się pytanie, na ile jednak zmiany w wizualności symboli erotycznych i obyczajowości seksualnej mają wpływ na rzeczywiste zachowania seksualne,

na potrzeby, jakość życia seksualnego, osiąganą w tym względzie satysfakcją. „Raport o seksualności Polaków – Pfizer” – oparty na realizowanym dwukrotnie, w odstępie dziesięciu lat, badaniu surveyowym* – świadczy raczej, że nie nastąpiły żadne rewolucyjne zmiany w życiu erotycznym Polaków. Wręcz przeciwnie, porównanie obu badań zdaje się wskazywać, że częstotliwość uprawiania seksu zmniejsza się, proporcjonalnie więcej osób nie ma partnera seksualnego, a sposoby uprawiania miłości są mało wyszukane. Zbigniew Lew Starowicz, autor badania, sugeruje, że ludzie w wieku największej aktywności seksualnej przywiązują dziś mniejszą wagę do życia erotycznego, bowiem mają wiele nowych równie silnych bodźców: karierę i mnóstwo atrakcyjnych form spędzania czasu („Newsweek” 7/2002). Hipoteza ta jest warta sprawdzenia w bardziej pogłębionych badaniach, podobnie jak prześledzenie wpływu, jaki na intensywność życia seksualnego ma ubożenie, bezrobocie i spadek optymizmu społecznego znacznej części społeczeństwa. Przytoczone dane skłaniają do refleksji, czy przypadkiem „rewolucja seksualna” nie dokonuje się u nas bardziej w sferze deklaracji, symboli i znaków niż rzeczywistych zachowań. Ciągłe jeszcze istnieją w Polsce standardy podwójnej moralności, wyraźnie postrzegany związek seksu z małżeństwem czy nietolerancja dla nietypowych preferencji seksualnych, charakterystyczne dla tradycyjnej obyczajowości.

Prezentowane dalej wyniki badań pokazują silny wpływ religijności na kształtowanie zachowań i obyczajowości seksualnej Polaków. Czytelnik będzie miał okazję odnotować, jak wiele wzorów i postaw odnoszących się do sfery seksu jest kształtowanych przez naukę i oddziaływanie Kościoła lub też odejście od nich. Analiza czynników składająca się na obraz „seksu po polsku” ukazuje także znaczną rolę płci. Zachowania, postawy i oczekiwania w tym względzie różnicują wyraźnie mężczyzn i kobiety. Poza biologicznie zdeterminowanymi różnicami w ich seksualności, ogromną rolę odgrywają tu normy społeczne regulujące tę seksualność w odmienny sposób. Pewne zaskoczenie może natomiast budzić stosunkowo mniejszy wpływ zmiennych związanych z zajmowaną pozycją społeczną (na przykład wykształcenie i zamożność) na realizowane zachowania

*Badania Zbigniewa Lew-Starowicza zrealizowano dwukrotnie, w 1992 i 2002 roku, na reprezentatywnej próbie ogólnokrajowej (zob. Długołęcka 2002).

seksualne. Jednak także badania zagraniczne potwierdzają ten wynik. Wyposażenie społeczno-kulturowe zdaje się więc mieć tu więcej do powiedzenia niż miejsce zajmowane w strukturze społecznej, choć kwestie te wymagają na pewno pogłębienia w dalszych badaniach.

Na koniec warto się jeszcze zastrzec, że wszelkie problemy związane z seksualnością człowieka – jego intymnymi przeżyciami, doświadczeniami, pragnieniami, lękami i ocenami – stanowią materię trudno poddającą się badaniom empirycznym, a zwłaszcza surveyowym. Dostarczają one jedynie ogólnej wiedzy i z konieczności zawierają wiele uproszczeń. Główne ograniczenie płynie stąd, że – posługując się terminologią Ervinga Goffmana – zachowania seksualne są zachowaniami typu „backstage”. W teatrze życia codziennego mają miejsce za kulisami, a trudno jest obserwować to, co dzieje się za zasłoną. Dodatkową trudność powoduje wysoka wartość towarzysząca sprawności i atrakcyjności seksualnej, która – jak można sądzić – skłania wiele osób do przedstawiania własnego życia seksualnego w lepszym świetle, aby zapobiec niekorzystnej ocenie samego siebie.

Jeszcze inną trudność stanowi u nas brak odpowiedniego języka, terminologii, którymi można by się posłużyć w rozmowach o seksie w sposób prosty i komunikatywny, nie nadużywając terminologii medycznej ani pojęć z języka intymnego czy wulgaryzmów.

Wzory zachowań seksualnych

Indywidualne różnice fizjologiczne, różnorodność potrzeb i doświadczeń seksualnych, wpływ rozmaitych regulatorów normatywnych, wzorów kulturowych i środowiskowych, a także wynikające z nich gusty i upodobania sprawiają, że seksualność każdego człowieka jest kompozycją czynników z jednej strony bardzo zindywidualizowanych, z drugiej zaś – układających się w pewne ogólniejsze wzory i prawidłowości. Socjologowie badający życie seksualne i obyczajowość seksualną stwierdzają istnienie w każdym społeczeństwie specyficznych scenariuszy seksualnych (*sexual scripts*) określających „kto, co, gdzie, kiedy i dlaczego” (Gagnon, Simon 1973; Reiss 1986) realizuje w sferze seksualności. Scenariusze te istnieją zarówno w formie opisowej, deskryptywnej, jak i normatywnej. Deskryptywne oddają język i pojęcia, za których pomocą w danym społeczeństwie mówi się o seksie, informują, jakie formy ekspresji uznaje się za seksualne, jakie zaś nie, w jakich okolicznościach się one pojawiają i kim są główni aktorzy. Scenariusze normatywne służą do rozróżnienia i kontroli zachowań seksualnych społecznie aprobowanych i nieaprobowanych. Poprzez internalizację tych scenariuszy jednostki rozwijają własne orientacje i postawy wobec tego, co właściwe i dozwolone, a co niewłaściwe

i niedozwolone w sferze seksu. W konsekwencji starają się realizować pewne określone wzory zachowań seksualnych w praktyce. Dotyczy to także relacji między aktywnością seksualną a zaangażowaniem emocjonalnym i odpowiedzialnością za partnera.

W każdym społeczeństwie mogą istnieć różne scenariusze seksualne; są one elementami specyficznych podkultur i stylów życia realizowanych w ich obrębie. Identyfikacje aktorów z poszczególnymi scenariuszami wyznaczają ich różne wzory zachowań, a także stanowią istotne kryterium doboru partnera. Osoby realizujące wzory wywodzące się ze zbieżnych scenariuszy będą miały większe szanse na stworzenie związku czy wejście w relację o charakterze seksualnym (Sprecher, McKinnley 1991).

„Skrypty seksualne” są więc odmienne w różnych epokach historycznych, w różnych kulturach, środowiskach i klasach społecznych. Inne również bywają skrypty ludzi młodych i starszych, mężczyzn i kobiet. Seks pełni dla nich odmienną funkcję, przybiera odmiennie formy, różna jest w nich doza romantyzmu, liberalizmu i erotyki, a także – jak zdają się wskazywać badania – różne są związane z nim doznania. Te różnice w seksualności mają także komponent biologiczny i przejawiają się nawet w tak prywatnych i „niespołecznych” aktywnościach, jak masturbacja. Pojawia się ona wyraźnie częściej wśród osób młodych; raczej wśród mężczyzn niż kobiet. Co więcej, jak wykazały najwcześniejsze badania seksualności człowieka, doznania z nią związane różnicują obie płcie. Mężczyźni w czasie masturbacji fantazjują, wyobrażają sobie podniecające spotkania, podczas gdy kobiety raczej przywołują doświadczenia z przeszłości, które były dla nich źródłem przyjemności (Kinsey 1948).

Przywołane tu znane badania Alfreda C. Kinseya i jego współpracowników („Sexual behavior in the human male” z 1948 roku oraz „Sexual behavior in the human female” z 1953) nie tylko odkryły wiele faktów dotyczących życia seksualnego, ale miały także ogromny wpływ na sposób mówienia o nim, przełamały nie tylko tabu najwyższej intymności, ale także hipokryzji. Stanowiły przełom w dotychczasowej wiedzy o seksualności człowieka, obalały mity i stereotypy i udowodniły, że ta sfera życia ludzkiego może być przedmiotem poważnych studiów i ekspertyz naukowych. Jednak po latach, pomimo zgromadzenia ogromnego materiału (18 000 wywiadów), krytycy Kinseya zarzucali mu, że badania te nie były w pełni reprezentatywne; jednostki, które dobrowolnie zgadzały się na

udział w badaniu, mogły mieć mniej zahamowań i reprezentowały bardziej liberalny nurt w podejściu do seksualności. Zarzucano mu także, że nadreprezentowani byli przedstawiciele klasy średniej oraz specyficzna grupa więźniów (Melville 1977). Podobnie w kolejnych dużych badaniach nad życiem seksualnym, przeprowadzonych przez Williama Mastersa i Virginie Johnson [1966] (14 000 przypadków) nadreprezentowane były jednostki o wyższym niż przeciętny statusie społeczno-ekonomicznym.

Dopiero lata siedemdziesiąte, wraz z postępującą liberalizacją norm i postaw wobec seksu, przyniosły badania zrealizowane na starannie dobranych próbach (National Fertility Study, Westoff 1974) i rozszerzające dotychczasowe, raczej „techniczne” badania nad seksualnością o sferę psychiczną – doznań i odczuć związanych z przeżywaniem aktu seksualnego (The Hite Report; Hite 1976). Niemniej jednak dzieło Kinseya pozostaje do dziś źródłem wiedzy na temat aktu seksualnego człowieka.

Kinsey, choć z wykształcenia biolog, zauważył, że na zachowania seksualne mężczyźni duży wpływ ma ich przynależność klasowa (w przypadku kobiet – według niego – czynnik ten nie był tak istotny). Mężczyźni z niższych klas społecznych rozpoczynali życie seksualne wcześniej, byli bardziej aktywni jeśli chodzi o stosunki przedmażeńskie, częściej korzystali z „płatnego” seksu i częściej mieli doświadczenia homoseksualne. Natomiast mężczyźni z wyższych klas społecznych częściej oddawali się masturbacji i pettingowi oraz częściej doświadczali nocnych polucji. Także w małżeństwie doświadczenia przedstawicieli niższych i wyższych klas społecznych były odmienne. Mężczyźni z klas wyższych więcej uwagi poświęcali wstępnej grze miłosnej, bardziej interesowali się reakcjami kobiety i ogólnie wyżej oceniali satysfakcję czerpaną z życia seksualnego. Być może w związku z tym kobiety z wyższych klas częściej osiągały orgazm. Niższe klasy społeczne częściej odrzucały nagość i seks oralny jako elementy ich życia seksualnego.

Jednak późniejsze badania, realizowane w latach siedemdziesiątych, choć niewątpliwie zainspirowane dziełem Kinseya (Levin i Levin 1975; Pietropinto, Simenauer 1977), wykazały, że rola przynależności do określonej klasy społecznej w realizowaniu określonych wzorów życia seksualnego stała się znacznie mniejsza, niż sygnalizował to raport Kinseya. Nadal, niezmiennie, wykazywane są jednak różnice w seksualności mężczyzn i kobiet.

Badanie Hunta (1972), zrealizowane na zlecenie Fundacji „Playboya” wykazało, że wzrosła częstość, stopień urozmaicenia i radość czerpana przez Amerykanów z seksu we wszystkich grupach wieku, że kobiety obecnej generacji częściej osiągają orgazm, a praktyki i satysfakcja seksualna w różnych klasach społecznych ulegają ujednoczeniu. Pozycja społeczna, a szczególnie wykształcenie, ma jednak ciągle jeszcze znaczenie dla satysfakcjonującego życia seksualnego kobiet. Zmiany te przypisywano przede wszystkim dokonującej się rewolucji seksualnej, rozwojowi antykoncepcji i postępującemu procesowi wyzwolenia kobiet.

Rozważania powyższe skłaniają do zastanowienia, na ile zaobserwowane zjawiska z zakresu życia seksualnego mają charakter uniwersalny – w jakim stopniu odnoszą się także do życia seksualnego Polaków. Co charakteryzuje przede wszystkim ich doświadczenia i życie seksualne, na ile jest ono zróżnicowane i bogate, jakie wartości, satysfakcje i problemy mu towarzyszą, w jakie wzory wszystkie te charakterystyki się układają?

Prezentację danych na temat dominujących u nas wzorów życia seksualnego warto rozpocząć od przedstawienia faktów i ocen związanych ze sferą seksu, które będą stanowić punkt wyjścia do dalszych rozważań. Będą to więc przede wszystkim fakty związane z inicjacją seksualną, charakterystyką życia seksualnego i łączącym się z nimi satysfakcjami i problemami.

Społeczny kontekst inicjacji seksualnej

Na kwestie inicjacji seksualnej warto spojrzeć z dwóch punktów widzenia – biologicznego i społecznego. Istotnym faktem biologicznym jest tu osiągnięcie dojrzałości płciowej, która otwiera bramę do życia seksualnego. Faktem społecznym jest natomiast osiągnięcie dojrzałości seksualnej w sensie społecznym, uzyskanie przyzwolenia społecznego (choćby w świetle istniejących norm) na rozpoczęcie życia seksualnego. W społeczeństwach pierwotnych fakty te pozostawały na ogół w znacznej zgodności czasowej. W świecie cywilizowanym normy religijne, społeczne i prawne, a także badania medyczne nad fazami rozwoju człowieka doprowadziły do ich czasowego oddalenia. Odległość tę zwiększa czynnik akceleracji rozwojowej sprawiający, że pierwsze symptomy dojrzałości w sensie

biologicznym (pierwsze krwawienie miesięczne u kobiet i polucje nasienia u mężczyzn) pojawiają się w coraz młodszych grupach wieku.

Jeżeli więc biologia miałaby pozostawać w zgodności z istniejącymi zasadami społecznymi, można by oczekiwać, że wcześniejsze dojrzewanie płciowe będzie sprzyjać wcześniejszemu rozpoczynaniu życia seksualnego. Okazuje się, że kwestia ta kształtuje się odmiennie w przypadku mężczyzn i kobiet, istnieje bowiem pozytywna korelacja ($r=0,26$) między obydwoma tymi faktami wśród mężczyzn, natomiast w przypadku kobiet widać jedynie lekko zarysowującą się tendencję do takiej zależności ($r=0,12$). Jest to więc jeden ze wskaźników ogólniejszej prawidłowości – którą będziemy mieli także okazję dalej ilustrować – że społeczne konstruowanie seksualności w większym stopniu dotyczy kobiet niż mężczyzn, a zatem ich seksualność jest w większym stopniu kształtowana przez istniejące normy i wzory społeczne. Warto tu jeszcze dodać, że wiek osiągnięcia dojrzałości płciowej nie ma praktycznie żadnego wpływu na przyszłe doświadczenia i formy życia seksualnego, natomiast wpływ taki ma czas inicjacji. Poświęćmy mu więc jeszcze nieco uwagi.

Późniejszej inicjacji częściej towarzyszy uczucie miłości ($r=0,23$), niezależnie od tego, jak uczucie to jest rozumiane. Można więc podejrzewać, że wcześniejsze kontakty są częściej inspirowane ciekawością, chwilową fascynacją, chęcią sprawdzenia swoich możliwości lub potrzebą bycia „nowoczesnym” czy dorosłym, a sprzyjają im najczęściej takie okoliczności, jak samodzielny wyjazd lub spotkania towarzyskie. Według deklaracji badanych, uczucie miłości częściej towarzyszy inicjacji dziewcząt niż chłopców. Dane z badania Pfizera (2002) wskazują, że odsetek osób, które rozpoczynają życie płciowe powodowane uczuciem, nie uległ zmianie w ciągu ostatnich dziesięciu lat (59% w roku 1992 i 57% w roku 2002).

Wcześniejsze rozpoczęcie życia seksualnego wyraźnie sprzyja większej liczbie partnerów w ciągu całego życia ($r=-0,38$), późniejsze zaś częściej owocuje długotrwałym lub wyłącznym związkiem z jednym partnerem. Wiek inicjacji seksualnej nie ma natomiast wpływu ani na częstość odbywanych stosunków, ani na ocenę satysfakcji z nich płynącej. Można zatem wnioskować, że późniejsze rozpoczęcie życia seksualnego i stałość w związkach seksualnych w większym stopniu kształtują czynniki psychiczne i społeczne niż związane z popędem płciowym.

Próbując odpowiedzieć na pytanie o społeczną lokalizację osób najwcześniej rozpoczynających życie seksualne, przyjrzyjmy się układowi zmiennych sprzyjających bądź opóźniających wiek inicjacji.

Tabela 1. Wiek inicjacji seksualnej a cechy położenia społecznego osób aktywnych seksualnie (współczynniki korelacji r Pearsona, $N=2430$)

Zmienne społeczne	Wartość r
Płeć (K=1, M=2)	-0,15
Wykształcenie	-0,15
Wykształcenie ojca	-0,09
Wielkość miejsca zamieszkania do 15. roku życia	-0,10
Wielkość obecnego miejsca zamieszkania	-0,07
Religijność	0,23
Sytuacja materialna	-0,02

Spośród analizowanych zmiennych czas podjęcia współżycia płciowego w najwyraźniejszy sposób jest regulowany religijnością, więc czynnikiem wskazującym na wyraźne oddziaływanie w tym względzie norm ustanawianych przez moralność chrześcijańską. Wcześniejsza inicjacja seksualna ma także nieco częściej miejsce wśród mężczyzn niż kobiet. I to jest zgodne z istniejącymi normami obyczajowymi, bardziej restrykcyjnymi w tym względzie w stosunku do kobiet. Późniejszej inicjacji towarzyszy częściej relatywnie wyższe wykształcenie. Nie mają natomiast tak wyraźnego wpływu zmienne charakteryzujące pochodzenie środowiskowe, które mówią nam o innych cechach socjalizacji osób rozpoczynających życie seksualne – a więc wykształcenie ojca czy miejsce zamieszkania do 15. roku życia. Zupełnie nieistotna okazuje się natomiast sytuacja materialna czy wielkość aktualnego miejsca zamieszkania. W sumie więc wśród zmiennych związanych z pozycją społeczną niewiele jest predyktorów czasu rozpoczęcia życia seksualnego. Decydują o nim raczej zmienne społeczno-kulturowe. Jeszcze mniej wyraźne są czynniki pozycji społecznej w przypadku występowania uczucia miłości towarzyszącego inicjacji. Spośród wszystkich analizowanych uprzednio zmiennych wyraźnie widać wpływ płci ($r=0,31$) oraz ponownie, choć już w mniejszym stopniu, religijności ($r=0,16$). Kobiety mają więc tendencję do późniejszego rozpoczynania życia seksualnego, a ich pierwszy kontakt seksualny

jest częściej wynikiem miłości do partnera. Wśród mężczyzn natomiast stosunkowo częściej inicjacji seksualnej (która, jak pamiętamy, jest wyraźniej niż w przypadku kobiet określona wiekiem uzyskania dojrzałości biologicznej) towarzyszą inne motywy niż miłość do partnerki. Kobiety w większym stopniu postępują więc za normą moralną, na mocy której miłość uzasadnia rozpoczęcie życia płciowego. Postawie takiej sprzyja wiara i uczestniczenie w praktykach religijnych, choć istotniejszy jest tu fakt zawarcia związku małżeńskiego. Wśród kobiet, ich związek z pierwszym partnerem był w 56% przypadków związkiem długotrwałym lub zakończonym małżeństwem. Odpowiedni odsetek mężczyzn wynosi 30 („Raport Pfizera”; Długołęcka 2002).

Aktualne życie seksualne

Niemal wszystkie dorosłe osoby miały w swoim życiu jakieś doświadczenia seksualne (namiętne pocałunki, zaawansowane pieścizoty miłosne, petting) i około dwóch trzecich osób, które nie osiągnęły jeszcze pełnoletności. Stosunek płciowy (na potrzeby badania definiowany jako aktywność, której efektem jest wprowadzenie penisa [członka] mężczyzny do pochwy kobiety) odbyło 85,7% ogółu badanych (ponad połowa osób niepełnoletnich). Dalsze nasze rozważania będą się zatem odnosić do tej grupy osób.

Około dwóch trzecich osób seksualnie czynnych pozostaje lub pozostawało w przeszłości w związkach małżeńskich. Aktualnie, wśród osób, które rozpoczęły już życie płciowe, 83,1% posiada jakiegoś partnera seksualnego (małżeńskiego lub nie), w tym więcej niż jednego stałego partnera – 9,8% osób (a więc prawie co dziesiąta aktywna seksualnie osoba). Więcej niż jednego stałego partnera mają zarówno kobiety, jak i mężczyźni rekrutujący się z różnych środowisk i warstw społecznych, znajdujące się najczęściej w średnim przedziale wieku (30–40 lat).

Stosunki płciowe mają na ogół miejsce raz lub kilka razy w tygodniu (44%) lub rzadziej, 2–3 razy w miesiącu (18%). Trudno oczywiście wyrobić sobie pogląd na temat częstości życia seksualnego Polaków, bez choćby orientacyjnego odniesienia tych danych do częstości aktów seksualnych w innych krajach. Dla porównania więc warto przytoczyć odnośne informacje z badań amerykańskich

„National Health and Social Life Survey” (NHSLs), przeprowadzonych w 1994 roku* (przytaczam za: Weis 1999). Sprowadzając deklarowane częstotliwości do tych samych przedziałów i uwzględniając podział na płeć, otrzymujemy następujące zestawienie:

Tabela 2. Częstość odbywanych stosunków seksualnych wśród Polaków i Amerykanów

Częstość stosunków	Amerykanie		Polacy	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
Kilka razy w tygodniu	26	30	31	35
Kilka razy w miesiącu	37	36	45	41
Kilka razy w roku	30	27	10	13

W świetle powyższych danych można więc uznać, że pożycie seksualne zarówno mężczyzn, jak i kobiet ma u nas miejsce względnie często, przynajmniej w porównaniu z danymi amerykańskimi. Największą częstotliwość stosunków seksualnych zanotowaliśmy w przedziale wieku 25–39 lat, a więc w okresie, w którym nastąpiła już podstawowa stabilizacja życiowa. W sposób zrozumiały, częstotliwość stosunków wzrasta z liczbą posiadanych partnerów ($r=0,37$); można bowiem założyć, że właśnie potrzeba intensywnego i bogatego w różnorodność doznania życie seksualne jest jednym z powodów posiadania więcej niż jednego partnera. Wyższa częstotliwość odbywanych stosunków płciowych sprzyja także stosowaniu większej liczby podniet i bardziej zróżnicowanych technik samego stosunku ($r=0,33$). Życie seksualne bogatsze „ilościowo” jest więc często też bogatsze „jakościowo”, co oczywiście nie jest gwarantem jakości związku między partnerami; są oni po prostu bardziej otwarci na różnorodne bodźce, poszukiwanie nowych wrażeń i doznań. Nie ma wyraźniejszych zależności między pozycją społeczną badanych a częstotliwością pożycia.

Życie seksualne odgrywa na ogół ważną rolę w życiu Polaków. Tylko 9,5% badanych stwierdza, że nie jest ono dla nich istotne, natomiast dla niemal co czwar-

* Badanie zostało zrealizowane na próbie reprezentacyjnej 3432 osób w wieku 18–50 lat. Pełne wyniki badania można znaleźć w pracy Laumann i in. (1994). *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.

też osoby w badanym przedziale wieku jest ono wręcz bardzo istotne. Życie seksualne jest więc ważnym elementem jakości naszego życia. Jego walor – na tle innych ważnych sfer życia – zaprezentujemy dalej. Tu warto jeszcze wskazać, że stosunkowo powszechne jest także zadowolenie, satysfakcja ze swojego życia seksualnego. Bardzo dobrze lub dobrze ocenia je ponad połowa badanych. Można z tego wyciągnąć wniosek, że w samoocenach i popularnych przekonaniach Polacy i Polki są dobrymi kochankami. Czy to jednak oznacza, że ich życie seksualne jest urozmaicone i bogate w doznania?

Jeśli chodzi o zróżnicowanie form aktywności i doznań, to stosunku oralnego spróbowało 23% osób, seksu analnego 14%, a połowa badanych praktykowała różne pozycje w czasie stosunku. Trudno tu oczywiście dokonywać jakichkolwiek ocen, nie wydaje się jednak, aby dane te świadczyły o dużej fantazji w tym względzie. Zdają się potwierdzać także dane z cytowanego badania amerykańskiego, gdzie odsetki osób mających doświadczenia z seksem oralnym i analnym są dwukrotnie wyższe (odpowiednio 50% i 25%). Autorzy badania, mimo to twierdzą że „większość Amerykanów ma ograniczone menu seksualnych aktywności” (Weis 1999). W Polsce również poszczególne elementy wstępnej gry miłosnej (poza pocałunkiem w usta) nie są powszechne. O pieszczaniu ręką, całowaniu piersi lub narządów płciowych partnera wspomina mniej więcej co druga osoba. Pomimo więc zalewu treści i symboli erotycznych w kinie, telewizji, popularnych magazynach czy reklamie, wzrastającej liczby agencji towarzyskich i pojawiających się „spektakularnych” happeningów* – które pobudzają wyobraźnię i dostarczają nowych pomysłów na seks i erotykę – sposób kochania się Polaków jest raczej mało wyszukany.

Warto jeszcze podkreślić, że zestawienie praktykowanych i ulubionych form aktywności seksualnej badanych wskazuje, że najbardziej satysfakcjonujące doznania to raczej doznania „biorcy” niż „dawcy”. Świadczy to więc, z jednej strony, o nie najbogatszym repertuarze stosowanych podnieć miłosnych, z drugiej

* Przykładem takiego happeningu jest choćby próba (zakończona sukcesem) ustanowienia przez Polkę erotycznego rekordu świata w czasie targów „Erotricon”, w lutym 2002 roku w Warszawie. Rekordzistka odbyła 646 kontaktów erotycznych w ciągu 12 godzin. Liczni widzowie obserwowali całość spektaklu na żywo, na wielkim teelebimie. Za: „Przegląd”, 18 lutego 2002.

zaś – o tendencji do pewnej pasywności, żeby nie powiedzieć lenistwa. Ilustruje to tabela 3.

Tabela 3. Atrakcyjność wybranych form aktywności seksualnej dla strony aktywnej i biernej („dawcy” i „biorcy”) [N=2403; w procentach]

Ulubione formy aktywności	Dawcy	Biorcy
Pieszczenie (całowanie, dotykanie) piersi	41	46
Pieszczenie narządów płciowych ręką	38	48
Pieszczenie narządów płciowych ustami	27	36
Pieszczenie (całowanie, dotykanie) innych części ciała	32	43

Jednak mimo wszystko większość badanych (78%) pozytywnie ocenia swoje umiejętności i możliwości seksualne. Można sądzić, że niewielkie są oczekiwania własne i partnera, skoro mimo niezbyt urozmaiconego repertuaru stosowanych pieszczot i podniet uznaje się swoje umiejętności za dobre. Być może ocena taka jest wyłącznie funkcją częstości stosunków płciowych zakończonych orgazmem, który osiąga zawsze lub prawie zawsze 51%, a często 22%), a nie bogactwa form, które doń prowadzą. Częstość stosunku seksualnego zakończonego orgazmem jest zdecydowanie częstsza wśród mężczyzn niż kobiet ($r=0,33$), co jest zgodne z wynikami badań seksuologicznych prowadzonych w różnych krajach. Mężczyźni też na ogół nieco lepiej oceniają całokształt swojego życia seksualnego. Na tle powyższych rozważań warto zaprezentować jeszcze dane ze wspomnianego raportu Pfizera, dotyczące opinii naszego społeczeństwa o tym, jakimi kochankami są Polacy i Polki. Otóż nieco lepsze oceny zyskały tu sobie Polki. W opinii 18% badanych są one bardzo dobrymi, świetnymi kochankami, podczas gdy mężczyźni zasługują na takie określenie w opinii 12% osób. Jeżeli więc Polki mają dobrą opinię jako kochanki, a jednocześnie rzadziej osiągają spełnienie, to na opinię tę bardziej zasługują jako „dawcy” niż „biorcy” doznań seksualnych.

Czerpanie przyjemności z pieszczot, urozmaiconych podniet seksualnych i zróżnicowanych form życia płciowego nie występuje losowo w społeczeństwie, a raczej pojawia się i rośnie w określonych kręgach społecznych. Jest ono wynikiem oddziaływania norm i wzorów kulturowych związanych z miejscem zajmowanym w społeczeństwie, stosunkiem do religii i Kościoła, a także – jak moż-

na przypuszczać – określoną emocjonalnością, przede wszystkim różnicującą mężczyzn i kobiety. Niżej przedstawiona tabela pokazuje związek między liczbą ulubionych form aktywności seksualnej a poszczególnymi zmiennymi usytuowania społecznego.

Tabela 4. Społeczne korelaty satysfakcji czerpanej z urozmaiconych podniet i form życia seksualnego (współczynniki r Pearsona, N=2403)

Zmienne społeczne	Wartość r
Płeć (K=1 M=2)	-0,14
Wiek	nieist.
Wykształcenie	0,21
Wykształcenie ojca	0,16
Wielkość miejsca zamieszkania do 15. roku życia	0,19
Wielkość obecnego miejsca zamieszkania	0,23
Religijność	-0,23
Sytuacja materialna	nieist.

Dla występowania bardziej zróżnicowanych upodobań w zakresie form, jakie może przybierać życie seksualne, nie mają więc znaczenia takie cechy, jak wiek czy zamożność. Upodobanie do bardziej wyrafinowanych pieszczot jest natomiast częściej charakterystyczne dla kobiet niż mężczyzn oraz wzrasta z poziomem wykształcenia i wielkością miejsca zamieszkania. Jest zatem elementem „stylu życia seksualnego” raczej inteligentckiego i wielkomiejskiego. Można przypuszczać, że stanowią one także pewien element socjalizacji; sprzyjającym gruntem dla nich jest też stosunkowo wyższe wykształcenie ojca i fakt zamieszkiwania w dużym mieście. Nie sprzyja zamięlowaniu do pieszczot i podniet związek z religią, a zatem wpływ norm życia seksualnego ustanawianych przez Kościół. Być może, w związku z ideologią wiążącą życie seksualne głównie z prokreacją, osoby religijne przywiązują mniejszą rolę do hedonistycznych aspektów seksu bądź uznają pewne praktyki za grzeszne czy wręcz wyuzdane.

Powszechna jest natomiast opinia (Długołęcka 2002), że kontakty fizyczne, takie jak przytulanie się, całowanie, są ważne, nawet jeżeli nie wiążą się bezpośrednio ze stosunkiem seksualnym – a więc są po prostu składnikiem codziennych relacji między ludźmi. W omawianym badaniu nie zanotowano różnic w tym względzie między mężczyznami i kobietami; opinie takie wyrażały

jednak najczęściej osoby z wyższym wykształceniem (93%). Można więc sądzić, że wszelkiego rodzaju czułe gesty i pieszczoty, bez względu na to, czy prowadzą do aktu seksualnego czy nie, są częściej elementem inteligentniejszej kultury współżycia.

Społeczny kontekst trudności i niepokojów związanych ze stosunkiem płciowym

Sfera seksu, mimo że na ogół kojarzy się z przyjemnością, może być także źródłem rozmaitych stresów i niepokojów. Wszelkie fakty, które w naszych oczach uchodzą za przejaw niewydolności, trudności czy dolegliwości związanych ze stosunkiem, budzą niepokój i często zakłopotanie. Szczególnie dla mężczyzn seks stanowi sferę, w której „należy się wykazać”. Sprawność, umiejętności seksualne stanowią część ukształtowanego kulturowe stereotypu prawdziwego mężczyzny. Dodatkowo utrudnieniem stanowi tu fakt, że kompetencje i możliwości seksualne mężczyzny łatwiej podlegają ocenie, niż ma to miejsce w przypadku kobiet. Ich doznania nie są bowiem tak łatwo weryfikowalne przez partnera. I kobiety jednak – niezależnie od własnej potrzeby odczuwania przyjemności – poddane są na ogół kulturowej presji atrakcyjności seksualnej i zdolności do czerpania radości z seksu. W popularnych przekonaniach kobiety, które tej zdolności nie posiadają, uchodzą za „oziębłe”, czyli mało atrakcyjne, i trudniej im „utrzymać” przy sobie partnera. Wiele badań nad seksualnością kobiet (Hite 1976) wskazuje, że ich reakcje emocjonalne w czasie stosunku są niejednokrotnie wyolbrzymiane czy wręcz udawane, aby utwierdzić mężczyznę w jego męskości i bardziej go usatysfakcjonować. Być może wiąże się z tym nieco wyższe oceny możliwości i umiejętności seksualnych wśród mężczyzn, przekonanych o wysokim stopniu satysfakcji swoich partnerek.

Media – film, telewizja, ilustrowane magazyny, a także pisma pornograficzne – dostarczają wielu wzorów tego, jak powinien wyglądać „modelowy” stosunek płciowy, jak powinni się zachowywać partnerzy i jak uzewnętrzniać swoje emocje. Wiele osób jednak odczuwa lub realizuje seks w mniej spektakularny sposób i – jak można sądzić – ma poczucie własnej niedoskonałości w tym względzie. Te specyficzne, narzucone przez media standardy stają się więc źródłem

czasem głęboko ukrytych obaw, że coś jest nie w porządku. Mity związane z seksem słabną ze wzrostem wykształcenia (Długołęcka 2002) i relatywizowane są do określonego wieku. W odczuciu jednej trzeciej badanych po przekroczeniu pewnej granicy wiekowej w sposób naturalny spada zainteresowanie ludzi seksem, a zatem nie musi on już być elementem oceny i samooceny. Granica ta jest wskazywana najczęściej po 50. roku życia i jest niższa w przypadku kobiet niż mężczyzn. Koncepcje „prawdziwego mężczyzny czy kobiety” i zespoły cech, które się na nie składają, są więc różne w różnych środowiskach społecznych i uzależnione od wieku czy może raczej cyklu życia.

W odczuciu badanych, problemy związane z postrzeganiem siebie jako pełnowartościowego partnera seksualnego stanowią źródło niepokojów znacznej części osób. Jedna czwarta stwierdza, że ludzie boją się oceny ich sprawności seksualnej i tego, że nie sprawdzą się w seksie, co dziesiąty badany mówi o obawach związanych z oceną swojego wyglądu.

Inne niepokoje wiążą się ze sferą dalszych, ewentualnych konsekwencji stosunków płciowych – niechcianą ciążą czy zakażeniem chorobą przenoszoną drogą płciową. Pomimo że 73% badanych stosuje jakieś formy antykoncepcji, obawa przed niepożądaną ciążą jest najpowszechniejszą z obaw związanych z relacjami seksualnymi (70%). Świadczy to pośrednio o tym, że wartości seksu jako przeżycia erotycznego nie są niezależne od jego funkcji prokreacyjnych. W sposób oczywisty obawy te częściej wyrażają kobiety. Na drugim miejscu pod względem częstotliwości pojawiają się obawy o zakażenie HIV/AIDS (52%) czy innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową (27%). O seksie jako źródle stresu ze względu na kojarzenie go z grzechem mówi co 10. badany.

Jakie są trudności i powody składające się na obawy, że życie seksualne nie układa się tak jak trzeba? Problemy te były szczegółowo analizowane w pierwszej części tej książki przez Zbigniewa Izdebskiego. Warto tu ogólnie odróżnić przeszkody natury psychofizjologicznej od tych natury psychospołecznej. Do pierwszych zaliczyć można najczęściej wymienianą nieadekwatność potrzeb do możliwości ich zaspokojenia czy oczekiwań partnera, lub rozmaite, odmienne dla mężczyzn i kobiet, fizjologiczne trudności z realizacją stosunku. Wśród drugiej grupy problemów najczęściej wymieniano uczucie przemęczenia, stresu czy nie najlepszego samopoczucia fizycznego (co trzecia osoba), dostateczny brak prywatności w domu, obecność innych osób „za ścianą” (co piąta osoba), przygnębienie

i niepokoje związane z pracą lub sytuacją finansową (12%) oraz poczucie zakłopotania związane z wyglądem swojego ciała (9%). Warto odnotować, że oba typy trudności mają wyraźną tendencję do współwystępowania ($r=0,35$). Trudności psychospołeczne nasilają odczuwanie fizjologicznych, a fizjologiczne sprawiają, że i psychospołeczne widzi się w sposób bardziej wyrazisty. Niewątpliwą przeszkodą w osiągnięciu satysfakcjonującego życia seksualnego jest doświadczanie przemocy czy molestowania seksualnego, szczególnie w dzieciństwie. Jednak ze względu na drażliwość tej problematyki nie udało się osiągnąć statystycznie wiarygodnych danych.

Charakterystyczne jest jednak, że w obliczu trudności, które mogłyby się stać przedmiotem specjalistycznych konsultacji (z lekarzem, psychologiem, seksuologiem), bardzo niewiele osób poszukiwało takiej pomocy. Powszechniejsze jest poszukiwanie literatury fachowej lub rozmowa z partnerem, a więc rozwiązania niewymagające ujawnienia posiadanych problemów osobom trzecim. Najczęściej jednak (ponad połowa) przeżywa je w samotności. Problemy z życiem seksualnym, podobnie jak problemy ze zdrowiem psychicznym, są traktowane u nas jako wstydlive i osobiste, co wstrzymuje osoby je doświadczające i ich partnerów przed korzystaniem z profesjonalnej pomocy. Poczucie wstydu i trudności z przełamaniem tabu sprawiają, że pomimo wysokiego znaczenia przywiązywanego przez Polaków zarówno do dobrego samopoczucia psychicznego, jak i udanego życia seksualnego, niechętnie szukamy kompetentnej pomocy.

Próba typologii wzorów zachowań seksualnych

Przedstawione materiały charakteryzowały zachowania seksualne Polaków z różnych szczegółowych punktów widzenia. Przedstawione więc były dane na temat inicjacji seksualnej, posiadanych doświadczeń, form aktywności seksualnej i preferencji z tym związanych, seksu regularnego, nieregularnego oraz wielu innych aspektów życia seksualnego i elementów obyczajowości seksualnej. Nasuwa się jednak pytanie, czy możemy mówić o prawidłowościach, w jakich poszczególne elementy życia seksualnego pojawiają się czy współwystępują. Chodzi więc o identyfikację bardziej ogólnych wzorów zachowań seksualnych

oraz towarzyszących im ocen i oczekiwań związanych z życiem seksualnym w naszym społeczeństwie.

W kontekście powyższych rozważań warto podjąć próbę udzielenia odpowiedzi na kilka pytań. Jakie podstawowe wzory zachowań seksualnych można dziś wyróżnić w społeczeństwie polskim? Jakie cechy konstytuują te wzory? Czy wczesne elementy biografii seksualnej mają wpływ na przebieg dalszego życia w tym względzie? A cechy położenia społecznego? Wreszcie jaka jest rola pozycji społecznej, wykształcenia czy, mówiąc umownie, klasy społecznej w kształtowaniu określonych wzorców życia seksualnego? Jakie czynniki determinują pozytywne oceny życia seksualnego? Na pytania te spróbujemy obecnie udzielić odpowiedzi, przynajmniej na tyle, na ile pozwolą nam zebrane w badaniu dane. Kwestie te naświetlają dwie kolejne tabele. Dalej, rozpatrując badaną populację, wyodrębnimy w analizie osoby młodsze, w wieku 15–19 lat.

Tabela 5. Wzory zachowań seksualnych osób aktywnych w wieku 15–49 lat (wyniki analizy czynnikowej N=1681)

Zachowania doświadczenia	Czynnik I ^a	Czynnik II	Czynnik III
Wiek inicjacji	–	–0,596	–
Miłość towarzysząca inicjacji	–	–0,632	–
Trudności fizjologiczne	–	–	0,763
Stosunki oralne	–	–0,564	–
Liczba partnerów seksualnych w życiu	–	0,772	–
Problemy psychospołeczne	–	–	0,754
Stały partner(partnerzy)	0,411	–	–
Częstotliwość stosunków	0,643	–	–
Waga seksu w życiu	0,492	–	–
Liczba stosowanych podniet	–	–	0,540
Doświadczenia z masturbacją	–	543	–
Ocena jakości swojego związku	0,745	–	–
Ocena jakości życia seksualnego	0,869	–	–
Ocena swoich możliwości i umiejętności seksualnych	0,692	–	–

^aCzynniki uzyskane metodą głównych składowych z rotacją Varimax. Wyjaśniają one 51,4% wariancji (I – 23,2%, II – 18%, III – 10,2%).

Uwaga. Analizy przedstawione w tej i w kolejnych tabelach w tym rozdziale dotyczą zbiorowości osób seksualnie czynnych, przy eliminowaniu wszystkich braków odpowiedzi.

W wyniku przeprowadzonych analiz wyodrębniono trzy niezależne czynnikowe wzory zachowań seksualnych. Wzór utworzony przez czynnik pierwszy koncentruje się na stałym partnerstwie, którego seks jest ważnym, ale nie wyłącznym elementem. Największe wartości osiąga tu wysoka ocena swojego życia seksualnego, ale także wyraźna jest tu bardziej wszechstronna, pozytywna ocena związku (małżeństwa, partnerstwa). Na wzór ten składa się także znaczna częstotliwość stosunków seksualnych, dobra ocena własnych umiejętności i możliwości seksualnych, a także przekonanie, że seksualność wnosi istotne wartości do życia. Nie mają tu natomiast istotnego znaczenia ani doświadczenia związane z inicjacją, ani liczba partnerów w życiu, ani zróżnicowane formy osiągania satysfakcji seksualnej. Osoby realizujące ten wzór postrzegają swój związek jako trwały, stabilny, który nie oprze się próbie czasu ($r=0,34$). Dodatkowymi korelatami tego wzoru jest wysoka częstotliwość osiągania orgazmu ($r=0,31$) i dłuższy deklarowany czas trwania stosunku ($r=0,23$). Te ostatnie charakterystyki są – jak można sądzić – związane z dobrym wzajemnym poznaniem się i dopasowaniem możliwości i upodobań partnerów w dłużej trwającym związku; nie ma tu w zasadzie różnic między mężczyznami i kobietami. Jeśli chodzi o zmienne społeczno-demograficzne, istotnym wyróżnikiem jest tu pozytywna ocena swojej sytuacji materialnej ($r=0,22$), zadowolenie z pracy ($r=0,25$) oraz raczej niższy wiek ($r=-0,19$). Wzór ten można określić jako udomowiony, stabilny czy seks małżeński – satysfakcjonujący, oparty na tradycyjnych doznaniach i trwałym związku. O stabilności czy nawet pewnej rutynizacji zachowań seksualnych w ramach tego wzoru może świadczyć także tendencja do ich regularności czy nawet pewnej systematyczności; jest to przeważnie seks raz na tydzień, w weekendy, a szczególnie w niedzielę ($r=0,17$).

Drugi z przedstawionych wzorów zawiera w sobie zachowania świadczące o dużej i zróżnicowanej aktywności seksualnej. Na wzór ten składają się: wczesna inicjacja seksualna, której raczej nie towarzyszyło uczucie miłości, wielość partnerów zarówno w przeszłości, jak i obecnie, różnorodność form aktywności seksualnej. Z tym wczesnie rozpoczętym życiem seksualnym nie łączą się pozytywne oceny życia seksualnego w ogóle ani też związków z partnerami. Doświadczenia seksualne nie są tu zakorzenione w bardziej stabilnych układach z innymi osobami. W skrajnych formach wzór ten prowadzi do promiskuityzmu – orientacji, w której akt seksualny jest celem samym w sobie i przejawia się

w nawiązywaniu wielu kontaktów seksualnych z często zmienianymi, także przypadkowymi, partnerami, którym nie towarzyszy zaangażowanie emocjonalne. Z drugiej strony zachowania takie mogą być też formą poszukiwania właściwego, być może godnego stabilizacji partnera, którego jeszcze nie udało się znaleźć. Nie kładzie się tu nacisku na seksualność jako istotną wartość w życiu ani nie ocenia wysoko swoich możliwości i umiejętności seksualnych, ale jednocześnie częściej niż w poprzednio omówionym wzorze występuje tu przekonanie, że spadek seksualności zaważyłby na własnej samoocenie ($r=0,18$). Związek z aktualnym partnerem postrzega się jako nietrwały, raczej niemający szans na dalsze trwanie ($r=-0,25$). Warto także odnotować, że wśród osób realizujących taki właśnie wzór najczęściej miała miejsce modyfikacja własnych zachowań seksualnych ze względu na możliwość zakażenia się wirusem HIV ($r=0,18$). Odzwierciedla to strukturę istniejącego ryzyka; przy zachowaniach seksualnych charakterystycznych dla tego wzoru ryzyko zakażenia jest znacznie wyższe niż w przypadku pozostałych. Wzór ten – najbardziej oddający „ponowoczesny”, konsumpcyjny stosunek do przeżyć seksualnych – określimy jako wzór zróżnicowanej, niestabilizowanej aktywności seksualnej. Jest on wyraźnie bardziej typowy dla mężczyzn niż kobiet ($r=0,40$) oraz nieco bardziej dla osób zamieszkałych w większych miejscowościach ($r=0,22$). Charakterystyczną cechą osób realizujących ten wzór aktywności seksualnej jest niska religijność (wiera i praktyki religijne – $r=-0,37$). Osoby o zróżnicowanej i niestabilizowanej aktywności seksualnej cechuje stosunkowo najwyższa tolerancja zachowań erotycznych w miejscach publicznych. Częściej niż pozostali uważają one za całkowicie dopuszczalne i właściwe przytulanie się i namiętne całowanie kobiety z mężczyzną na ulicy, w autobusie czy pociągu (odpowiednio $r=0,22$ i $r=0,24$). Jest ono świadectwem uczestniczenia w pewnej podkulturze, w której wysoka aktywność seksualna współwystępuje z obecnością i widzialnością symboli w innych sferach życia. Przyzwolenie to maleje w przypadkach kontaktów homoerotycznych, szczególnie mężczyzn.

Trzeci z czynników koncentruje się na problemach i trudnościach związanych z życiem seksualnym. Współwystępują tu zarówno trudności związane z biologią seksu (trudności z erekcją, bolesność w czasie stosunku, suchość w pochwie itp.), jak i różnorodne problemy natury psychospołecznej (zmęczenie, złe samopoczucie, obecność innych osób w domu itp.). Nie korelują z nimi w istotny sposób

wskaźniki satysfakcji erotycznej, ale można mówić o zarysowującej się tendencji do zależności negatywnych (zadowolenie ze swego życia seksualnego ($r=-0,13$), ze swoich umiejętności ($r=-0,14$) czy częstością osiągania orgazmu ($-0,14$). Być może kumulacja różnego rodzaju trudności jest w pewnym stopniu efektem poszukiwania wyjaśnienia czy usprawiedliwienia niezbyt udanego życia seksualnego. Doświadczanie tych trudności łączy się z tendencją do poszukiwania wielu podniet – przede wszystkim związanych z pieszczotami różnych części ciała partnera, stosowaniu różnych pozycji i technik oraz (rzadziej) z korzystaniem z takich „pomocy”, jak pisma czy filmy erotyczne. Mogą one stanowić próbę uporania się z sygnalizowanymi trudnościami, choć problem jest tu na pewno głębszy i mieści się poza interpretacjami socjologicznymi. Nasuwa się tu jednak także spostrzeżenie, że osoby, które deklarują istnienie trudności z życiem seksualnym, mogą być bardziej „wyrafinowanymi” kochankami, nie zmierzającymi w najszybszy sposób do uzyskania ostatecznego efektu, jakim jest zaspokojenie seksualne. Przewidywania dotyczące trwałości aktualnego związku nie są tu jednak wysokie ($r=-0,16$). Lokalizacja społeczna tego wzoru zdaje się być bardziej losowa, niż miało to miejsce w przypadku dwóch poprzednio analizowanych wzorów.

Wzory pierwszy i drugi są w większym stopniu uwarunkowane treściami społecznymi i kulturowymi niż trzeci. Wzór pierwszy, seksu ustabilizowanego i opartego na monogamii, jest w większym stopniu zgodny ze wzorcem tradycyjnej moralności i obyczajowości. Daje większą szansę na realizację potrzeby współżycia i wspólnoty, posiadania głębszych więzów, rozciągających się na inne sfery życia. Wzór drugi, zróżnicowanej aktywności seksualnej, wychodzi naprzeciw potrzebie spontaniczności, różnorodności wrażeń, braku konwencjonalnych zahamowań. W swoich idealnych formach wzory te są niemożliwe albo przynajmniej trudne do pogodzenia. Nie wyklucza to oczywiście sytuacji, w których w przypadku wzoru pierwszego, rutyna i monotonia skłaniają do zmiany na rzecz wzoru drugiego; podobnie jak poczucie spływającej związku ciągłej zmienności może rodzić potrzebę głębszego, skoncentrowanego na jednym partnerze zaangażowania. Tym, co różnicuje oba wzory zachowań seksualnych, jest także stosunek do partnera czy partnerów, który się z nich wyłania. Stosunki seksualne odślaniają bowiem rzeczywiste stosunki ludzi do siebie nawzajem. Pomiedzy wyodrębnionymi przez nas wzorami istnieją różnice nie tylko w zaangażo-

waniu, ale i odpowiedzialności za swoje czyny i odpowiedzialności za współpartnera i ewentualne niepożądane skutki spontanicznego współżycia.

Spójrzmy teraz jak przedstawiają się uzyskane w wyniku analizy czynnikowej wzory zachowań związanych z seksem wśród aktywnej seksualnie młodzieży w wieku 15–19 lat (42% tej grupy). Ten sam zestaw zmiennych w przypadku tej grupy ułożył się w cztery odrębne wymiary, świadczące o nieco mniejszej homogeniczności tego układu zmiennych. Jest to pośrednio wskaźnikiem mniej wyraźnie ukształtowanych, odrębnych wzorów. W ogólnych zarysach są one jednak oczywiście zbieżne ze wzorami zaprezentowanymi uprzednio.

Tabela 6. Wzory zachowań seksualnych aktywnej młodzieży (15–19 lat) [wyniki analizy czynnikowej, N=218]

Zmienne związane z zachowaniami seksualnymi	I Czynniki	II Czynniki	III Czynniki	IV Czynniki
Wiek inicjacji	–	–	–	0,589
Miłość towarzysząca inicjacji	–	–	–	0,719
Liczba partnerów seks. w życiu	–	–	–	–0,838
Trudności fizjologiczne	–	–	0,797	–
Problemy psychospołeczne	–	–	0,755	–
Stały partner				
Częstotliwość stosunków	0,424	–	0,413	–
Liczba stosowanych podmiotów	–	0,416	0,496	–
Stosunki oralne	–	0,727	–	–
Waga seksu w życiu	–	0,563	–	–
Doświadczenia z masturbacją	–	0,780	–	–
Stały partner				
Ocena swojego związku	0,674	–	–	–
Ocena swojego życia seksualnego	0,867	–	–	–
Ocena swoich możliwości umiejętności seksualnych	0,673	–	–	–

Uwaga. Analiza głównych składowych, z rotacją Varimex; 56,2% wyjaśnionej wariancji (I – 20%, II – 15,7%, III – 11%, IV – 9,5%).

Pierwszy wzór jest zbliżony do wzoru „stabilnego seksu” obecnego w starszej populacji – ważny jest tu przede wszystkim związek z partnerem i seks jako element dopełniający związek. Realizacja tego wzoru w największym stopniu sprzyja częstemu osiągnięciu orgazmu. Występuje on częściej wśród osób relatywnie

starszych ($r=0,20$) – a więc już pełnoletnich i zamieszkałych w mniejszych miejscowościach ($r=-0,21$). Praktyki seksualne są tu regularne, w soboty i częściej w niedziele ($r=0,29$). Zbliżony do tego wzoru, jednak odrębny, jest typ czwarty. Charakteryzują go przede wszystkim niewielka liczba partnerów, późna inicjacja i uczucie miłości jej towarzyszące. Pierwszy wzór mieści się bardziej w konwencji seksu „rozwąznego”, czwarty – „romantycznego”. Jest to więc przede wszystkim wzór monogamiczny, zwykle z pierwszym partnerem, oparty na uczuciu, pozbawiony innych doświadczeń. Charakteryzuje przede wszystkim młode kobiety czy też raczej dziewczęta ($r=-0,44$), uczennice i studentki ($r=0,28$). Wzór ten charakteryzuje także potępienie wszelkich czułości i zachowań erotycznych w miejscach publicznych. W obu tych wzorach przewidywana trwałość związku z aktualnym partnerem jest raczej wysoka (odpowiednio $r=0,31$ i $0,25$), tak jak miało to miejsce we wzorze ustabilizowanego, seksu małżeńskiego, obecnego w całej badanej populacji.

Na drugim miejscu wyłania się tu wyodrębniony także poprzednio wzór reprezentujący wysoką aktywność seksualną, jednak konstruuje go nieco inne zmienne niż w przypadku osób starszych. Obok zróżnicowanych form aktywności seksualnych i podniet, składa się nań przeświadczenie, że seks jest dla nich rzeczą ważną. Wzór ten jest bardziej typowy dla młodzieży męskiej (choć siła związku nie jest wysoka) i raczej zamieszkałej w większych ośrodkach miejskich. Podobnie jak w całej badanej populacji, realizacja tego wzoru jest skorelowana negatywnie z religijnością ($r=-0,37$).

Na trzeci z wyodrębnionych czynników składają się trudności fizjologiczne i psychospołeczne, stosowanie różnorodnych pieszczoł i podniet, a także duża częstotliwość stosunków. A więc wysoka aktywność seksualna niekoniecznie wiąże się tu z pozytywnymi doznaniem. Charakterystyczna dla tego wzoru jest negatywna korelacja z częstością osiągnięcia orgazmu ($r=-0,18$). W przypadku osób tak młodych, jak w analizowanej grupie, można postawić tezę, że ma tu miejsce dość intensywne zdobywanie doświadczeń, „uczenie” się zachowań seksualnych, które nie jest pozbawione trudności i nie zawsze zakończone sukcesem. Jest to także forma poszukiwania odpowiedniego partnera. O ile jednak w dorosłej populacji wzór eksponujący trudności występował losowo, w grupie osób najmłodszych pojawia się częściej wśród kobiet ($r=-0,23$). Potwierdzałyby to znany fakt, że satysfakcja seksualna kobiet nie pojawia się tak spontanicznie jak w przypadku mężczyzn, że wymaga więcej czasu i starania. Osoby realizujące

ten wzór charakteryzuje stosunkowo najwyższy permissywizm jeśli chodzi o zachowania erotyczne w miejscach publicznych.

Wyodrębnione wzory stanowią syntetyczne wymiary zmiennych charakteryzujących różne, omówione wcześniej, aspekty życia seksualnego Polaków. Poszczególne zachowania i preferencje pojawiały się z różną częstotliwością w różnych segmentach struktury społecznej, wskazując na ich społeczno-kulturowe determinanty. W większości przypadków najważniejszy wydawał się tu wpływ dwóch czynników – płci i religijności, a raczej wpływ zróżnicowanych norm społecznych regulujących współżycie płciowe mężczyzn i kobiet oraz osób pozostających pod wpływem laickiego i świeckiego światopoglądu. Pewną rolę odgrywały też wiek, wykształcenie, pochodzenie środowiskowe, wielkość miejsca zamieszkania, sytuacja materialna. Ze względu na fakt, że wiele wymienionych czynników w rzeczywistości społecznej ze sobą współwystępuje, warto podjąć próbę oszacowania niezależnego ich wpływu na występowanie poszczególnych, wyróżnionych w analizach wzorów życia seksualnego. Pozwoli to odpowiedzieć na pytanie o stopień, w jakim można wyjaśnić występowanie poszczególnych wzorów przez ich społeczną lokalizację i czynniki zróżnicowania społecznego. Tabela 7 przedstawia zmienne społeczno-kulturowe wyjaśniające poszczególne wzory życia seksualnego.

Tabela 7. Zmienne społeczno-kulturowe wyjaśniające wzory zachowań seksualnych (wyniki analizy regresji wielorakiej, wagi beta)

Zmienne społeczno-kulturowe	Wzory		
	I	II	III
	seks ustabilizowany	zróżnicowana aktywność	trudności
Płeć (K=1, M=2)	0,083	0,356	-0,071
Wiek	-0,177	-0,044	0,000
Wykształcenie	0,100	-0,021	0,104
Wykształcenie ojca	0,000	0,024	0,053
Wielkość miejsca zamieszkania do 15. roku życia	0,003	0,076	-0,038
Wielkość obecnego miejsca zamieszkania	-0,064	0,088	0,077
Religijność	0,043	-0,260	-0,096
Sytuacja materialna (ocena)	0,194	-0,004	-0,113
R ²	0,096	0,282	0,057

W przypadku wzoru I (seks ustabilizowany) i wzoru III (trudności) uderza niski stopień wyjaśnienia ich zmienności poprzez przedstawione wyżej zmienne. Seks ustabilizowany ma niewielki związek wyłącznie z pozytywną oceną sytuacji materialnej, stosunkowo młodszym wiekiem i lepszym wykształceniem. Nie podlega różnicowaniu ze względu na płeć, co jest zrozumiałe, jeżeli wziąć pod uwagę jego partnerski charakter. Aktywności seksualne układające się według tego, dodajmy, najbardziej typowego wzoru nie podlegają wyraźniejszej zmienności ze względu na ich lokalizację społeczną. Ten wzór, najbardziej oddający naturę związków seksualnych w udanych małżeństwach, a więc zgodny z kulturowym scenariuszem, przez swoją powszechność nie podlega w wyraźniejszy sposób podziałom społecznym. Pary realizujące taki właśnie wzór spotykamy praktycznie wszędzie, we wszystkich segmentach struktury społecznej. Jest on też najbardziej spójny z normami społecznymi regulującymi życie seksualne.

W jeszcze mniejszym stopniu jest wyjaśniony poprzez użyte zmienne wzór trzeci; pewien jego związek z sytuacją materialną wskazuje na występowanie trudności seksualnych w sytuacji ograniczonych zasobów. W grę mogą tu wchodzić zarówno trudności związane z zaaranżowaniem życia płciowego, jak i związane z gorszą sytuacją materialną stresy. Można przypuszczać, że związek z wykształceniem ilustruje raczej większą świadomość swoich problemów i prawdopodobnie większą łatwość mówienia o nich niż występowanie obiektywnych trudności. Wzór „macho”, prawdziwego mężczyzny, zawsze gotowego do odbycia stosunku bez żadnych komplikacji, jest bardziej rozpowszechniony wśród niższych warstw społecznych (Długołęcka 2002), co bardziej utrudnia ich przedstawicielom przyznanie się do odstępstw od tego wzoru. Jeśli chodzi o negatywny związek z religijnością, to warto zauważyć, że roztrząsanie spraw udanego i satysfakcjonującego z punktu widzenia doznań życia płciowego nie jest zgodne z religijną koncepcją funkcji, jakie ma spełniać seksualność człowieka. Wzór ten pojawia się zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, i w różnych grupach wieku, nie określają go też w wyraźniejszy sposób zmienne społeczno-demograficzne.

Jedynie najbardziej liberalny wzór drugi (różnicowanej aktywności seksualnej), jest w sposób wyraźny wyznaczany poprzez zmienne społeczne i kulturowe użyte w analizowanym modelu; wyjaśniają one najwięcej ogólnej zmienności tego wzoru. Jest on więc przede wszystkim silnie determinowany przez płeć. Wzór, który jest zdominowany koncepcją seksu jako wartością samą w sobie,

jest wzorem zdecydowanie męskim. Drugą najważniejszą zmienną wyjaśniającą jest, podobnie jak w przypadku wielu rozważanych tu zmiennych z zakresu seksualności, kwestia religijności. Jest to więc wyraźnie wzór osób raczej niewierzących, niezwiązanych z Kościołem i jego naukami w kwestii seksualności. Pewną, aczkolwiek znacznie mniejszą rolę odgrywa tu także wielkomiejskość; wzór ten pojawia się częściej w większych miastach i wśród osób, które w większych miastach się wychowywały. Nie mają natomiast znaczenia dla realizacji tego wzoru wiek, wykształcenie i sytuacja materialna.

Przyjrzyjmy się teraz czynnikom społecznym wyznaczającym wzory zachowań seksualnych młodzieży w wieku 15–19 lat.

Tabela 8. Zmienne społeczno-kulturowe wyjaśniające wzory zachowań seksualnych młodzieży (wyniki analizy regresji wielorakiej, wagi beta)

Zmienne społeczno-kulturowe	Wzory			
	I ustabilizowany „rozważny”	II zróżnicowana aktywność	III trudności	IV ustabilizowany „romantyczny”
Płeć (K=1,M=2)	-0,110	0,106	-0,234	-0,419
Wiek	0,203	0,102	-0,110	0,057
Wykształcenie	0,295	0,104	0,089	0,230
Wykształcenie ojca	0,017	-0,020	0,045	0,049
Wielkość miejsca zamieszkania do 15. roku życia	-0,008	0,113	-0,067	-0,067
Wielkość obecnego miejsca zamieszkania	-0,214	0,012	-0,042	-0,234
Religijność	0,070	-0,309	-0,169	-0,008
Sytuacja materialna	-0,001	-0,065	-0,004	-0,045
R ²	0,169	0,206	0,137	0,330

Zwraca uwagę fakt, że zakres zmienności poszczególnych wzorów wyjaśniany przez czynniki społeczno-kulturowe jest w przypadku osób młodszych większy, niż obserwowaliśmy to w całej populacji. Można by więc na tej podstawie wnioskować, że życie seksualne młodzieży w większym stopniu podlega wpływowi

wszelkiego rodzaju nacisków, oczekiwań, standardów środowiskowych czy norm społecznych. Oba wzory seksu ustabilizowanego, a szczególnie w wersji „romantycznej”, są tu przede wszystkim wzorami młodych kobiet. One też częściej doświadczają trudności związanych z osiągnięciem udanego życia płciowego. Podobnie jak miało to miejsce w całej analizowanej populacji, wzór zróżnicowanej aktywności seksualnej jest tu wzorem młodych mężczyzn. I tu także dobrym predyktorem jest niska religijność i brak związku z Kościołem.

Porównanie obu grup wzorów i ich społecznej lokalizacji skłania do jeszcze jednej refleksji czy raczej serii pytań. Wśród osób młodych widać wyraźnie wzór, który jest przede wszystkim typowy dla mężczyzn, oraz wzór, który jest przede wszystkim typowy dla kobiet. Natomiast wśród osób dorosłych, jako odrębny widoczny jest wyłącznie wzór charakterystyczny dla mężczyzn. Co się zatem dzieje z seksualnością młodych kobiet, której specyficzne – nazwane tu przez nas „romantycznymi” – cechy ulegają zatarciu, aby przeistoczyć się we wzór ustabilizowanego i nieco zrutynizowanego życia seksualnego, charakterystycznego dla większości Polaków? Dlaczego wzór męski, zróżnicowanej i wysokiej aktywności seksualnej, pojawiający się w najmłodszych grupach wieku męskiej młodzieży, utrzymuje się w latach późniejszych, a „romantyczny” seks dziewcząt nie ma takiej trwałości? Czy obserwacja ta wiąże się z całokształtem sytuacji społecznej kobiet, ich niższym statusem w społeczeństwie i koniecznością rezygnacji z marzeń i ideałów na rzecz realizacji twardych wymogów życia? Czy jest może skutkiem przemian w ich emocjonalności? Ogromne zapotrzebowanie kobiet na „romansowe” historie, przejawiające się choćby oszałamiającym sukcesem publikacji z serii Harlequin, czytanej niemal wyłącznie przez kobiety, zdaje się temu przeczyć.

Nie jesteśmy w stanie udzielić odpowiedzi na wszystkie te pytania na podstawie posiadanych przez nas danych. Niewątpliwie jednak zachęcają one do rozważań na temat seksualności kobiet i jej determinantów, a także różnic między seksualnością kobiet i mężczyzn. Warto tu jeszcze przytoczyć kilka wyników z badań Z. Lew-Starowicza (Długołęcka 2002), które przedstawiają opinie Polaków na temat różnic w emocjonalności odnoszącej się do życia seksualnego między mężczyznami i kobietami. Większość badanych wierzy więc, że mężczyźni mogą czerpać przyjemność z seksu nawet z osobami, których nie znają (65%), natomiast kobiety czerpią przyjemność tylko z seksu z osobami, z którymi czują się związane

emocjonalnie (62%). Mężczyźni też dwukrotnie częściej niż kobiety uważają, że „seks bez uczucia to coś naturalnego”. Większość badanych jest także zgodna, że kobiety mają większą niż mężczyźni kontrolę nad swoimi pragnieniami czy potrzebami seksualnymi. Można by więc ponownie wnioskować, że opinie o seksualności mężczyzn są postrzegane w większym stopniu jako determinowane biologicznie, kobiet zaś – kulturowo.

Podsumowując warto odwołać się do koncepcji „skryptów seksualnych”. Próba ich rekonstrukcji w naszych warunkach powinna więc niewątpliwie brać pod uwagę rolę płci w kształtowaniu odmiennych wzorców i zachowań seksualnych, szczególnie wśród osób młodszych. Drugim ważnym czynnikiem różnicującym scenariusze seksualne jest niewątpliwie religijność i wpływ norm religijnych regulujących pożycie. Najbardziej liberalne zachowania i postawy wobec seksu byłyby realizowane przez mężczyzn niewierzących i niepraktykujących, najmniej – przez kobiety pozostające pod wpływem religii i Kościoła.

Seks a jakość życia

Rola, jaką seks pełni w życiu człowieka, w rozwoju jego osobowości, w związkach emocjonalnych i więziach kształtujących kontakty z innymi ludźmi sprawia, że jest on także istotnym elementem jakości życia. Jest źródłem najściślejszych i najbardziej intymnych związków i przeżyć, podstawą prokreacji i rodzicielstwa, odtrutką na stresy i samotność. Udana życie seksualne i związek z partnerem zdają się kompensować niedostatki innych dziedzin życia, są podstawą wspólnoty, która jest się w stanie oprzeć lub zredukować napięcia wynikłe z różnych przeciwności losu.

W naszej kulturze seks wiązany był przede wszystkim z małżeństwem lub przynajmniej stałym związkiem, cementował niejako ten związek, wiązał emocjonalnie obu partnerów, był źródłem ich satysfakcji i dowodem miłości. Ostatnio jednak coraz częściej pojawia się przekonanie, że seks małżeński wcześniej czy później prowadzi do rutyny i nudy, a właściwych wrażeń i doznań mogą dostarczyć tylko spontaniczne, odnawialne związki. Coraz silniejsze uniezależnienie seksu od małżeństwa, partnerstwa, prokreacji, a także tradycyjnych norm moralnych stwarza sytuację, w której staje się on wartością czy jakością autoteliczną – wyodrębnialną i niezależną od innych, choć dla wielu osób niewątpliwie ciągle silnie powiązaną z innymi sferami życia. Autonomizację seksu potęgują przekazy medialne, używając symboli seksualnych do ilustracji

praktycznie wszystkiego i dostarczając argumentów na rzecz znaczenia doznań seksualnych, często wyolbrzymionego w stosunku do wagi innych płaszczyzn współżycia. W niektórych z nich seks jest narzędziem uzyskiwania szczęścia, swobody i rozkoszy stanowiących cel sam w sobie. Wydzielenie zachowań seksualnych z całokształtu życia izoluje je jednak także od sfery wielu przeżyć stanowiących o bogactwie życia człowieka, zawiesza je niejako w pustce – i na dłuższą metę jest dla wielu ludzi raczej trudne do utrzymania. Jak wynikało z naszych poprzednich rozważań, w społeczeństwie polskim zanotowaliśmy obecność zachowań korespondujących z obydwoma tymi orientacjami, choć dominujący wzór zachowań seksualnych realizowany był w oparciu o wartości współżycia i stabilizacji. Oba wzory mogą jednak stanowić dla różnych osób, w różnych okresach życia źródło pozytywnych, adekwatnych do potrzeb doznań. Bez względu więc na stopień autonomizacji seksu od innych dziedzin życia, interesujące wydaje się określenie miejsca, jakie uzyskują oceny życia seksualnego i satysfakcji zeń płynącej – w porównaniu z tymi innymi dziedzinami.

Koncepcje jakości życia

Pomimo znacznej liczby badań posługujących się koncepcją jakości życia jako ramą teoretyczną i pojęciową przy rozpatrywaniu różnych aspektów życia ludzkiego, nie ma zgodności co do definicji tego pojęcia ani sposobów jego pomiaru (Bowling 1977). Istniejące podejścia traktują jakość życia jako syntezę pewnych wskaźników obiektywnych, odzwierciedlających na przykład stopień zabezpieczenia podstawowych warunków przetrwania i reprodukcji (Perper 1985), czy niezbędnych do funkcjonowania w określonych systemach (McIntyre 1966). W pewnej opozycji do nich pozostają koncepcje odnoszące pojęcie jakości życia do ocen subiektywnych. Zwraca się w nich uwagę na rolę percepcji własnej sytuacji i względnej samooceny; ocena jakości własnego życia jest bowiem niejednokrotnie efektem porównywania się z innymi. W badaniach prowadzonych w ramach tego nurtu badacze używają globalnych miar jakości życia – pytając o ogólną satysfakcję życiową, zadowolenie z życia czy poczucie szczęścia – bądź wyodrębniają poszczególne komponenty, które na to pojęcie

się składają, i poddają je subiektywnym ocenom. W rozlicznych opracowaniach (Beck 1967; Bowling 1977; Farquhar 1995) brane są pod uwagę bardzo różne elementy jakości życia; na ogół uwzględniają one zadowolenie z pracy, małżeństwa, statusu ekonomicznego, zdrowia i samopoczucia, posiadanych kontaktów z innymi i możliwości samorealizacji, ale także życia seksualnego. Satysfakcjonujące życie seksualne (niezależnie od form i intensywności, jakie przybiera) jest coraz częściej traktowane jako element wysokiej jakości życia, czynnik stanowiący o dobrym zdrowiu i samopoczuciu. Podkreśla się szczególnie jego funkcje związane nie tylko z realizacją potrzeb fizjologicznych, ale także kontaktem emocjonalnym, samorealizacją w dojrzałym życiu, rozładowywaniem napięć i stresów. Różne konfiguracje tych wymiarów składają się na kontinuum, od niskiej jakości życia charakteryzującej się brakiem zaspokojenia istotnych potrzeb, do wysokiej jakości, będącej synonimem życia pełnego, twórczego i pozbawionego materialnych niedostatków (Ostrowska i in. 2001).

W świetle uzyskanych przez nas wyników, ponad połowa badanych uznała seks za ważny składnik ich życia, rzutujący także na efekty osiągnięte w innych dziedzinach. Obniżona zdolność do uprawiania seksu miałyby przede wszystkim niekorzystny wpływ na związek, więzi z partnerem (56%), na samoocenę (55%), ale także na wyniki w pracy (21%) i relacje w rodzinie (14%). Próbując określić rolę, jaką seks pełni w życiu (badania Z. Lew-Starowicza, Długołęcka 2002), najwięcej osób zgodziło się ze stwierdzeniem, że „seks to intymne spotkanie kobiety i mężczyzny, zawsze coś niepowtarzalnego” (88%), następnie „seks to chwila odpoczynku i przyjemności” (74%), podkreślając, z jednej strony, rolę relaksującą i hedonistyczną seksu, z drugiej – jego wpływ na utrzymanie więzi między partnerami. W tym samym badaniu przeważająca większość osób wyraziła pogląd, że satysfakcjonujące życie seksualne jest podstawą utrzymania się związku. Te dwie funkcje życia seksualnego – umacnianie więzi międzyludzkich oraz źródło pozytywnych doznań zmysłowych – były także najczęściej podkreślane w badaniu „Małżeństwo, seks, prokreacja” (Duch-Krzystoszek 1997) realizowanym w Polsce w połowie lat dziewięćdziesiątych i wydają się być trwałym składnikiem sposobu traktowania seksualności i jej roli w życiu.

Zadowolenie z życia seksualnego a inne składniki jakości życia

W naszym przypadku „jakość życia” jest kategorią zbiorczą, na którą składają się: oceny sytuacji materialnej, pracy zawodowej (nauki), atmosfery w rodzinie, małżeństwa (lub stałego związku), stanu zdrowia i samopoczucia psychicznego, oraz oceny związane z różnymi aspektami życia seksualnego. Będzie nas interesować miejsce, jakie zajmują one wśród innych wymiarów jakości życia. Niektóre z ocen życia seksualnego były już przytaczane jako korelaty określonych zachowań seksualnych. W tym rozdziale jednak oceny te będą nas interesować przede wszystkim w kontekście ocen innych dziedzin życia. Pozwoli to pokazać miejsce satysfakcji czerpanej z seksu w hierarchii innych satysfakcji życiowych. Na wstępie przyjrzyjmy się rozkładowi poszczególnych ocen odnoszących się do wyróżnionych sfer życia.

Tabela 9. Oceny jakości różnych sfer swojego życia (w procentach)

Sfery życia	Oceny						
	bardzo dobra	dobra	raczej dobra	raczej zła	zła	bardzo zła	trudno powiedzieć
Sytuacja materialna	2,2	16,4	41,0	21,0	11,5	4,3	3,7
Praca zawodowa (nauka)	6,4	31,5	37,0	12,7	8,0	2,1	2,4
Atmosfera, stosunki z rodziną	19,9	44,4	27,9	4,2	1,7	0,7	1,2
Małżeństwo lub stały związek	30,5	40,1	19,9	4,1	2,4	1,0	2,0
Życie seksualne	19,0	42,8	26,1	4,9	2,9	0,8	3,6
Atrakcyjność fizyczna, wygląd	6,2	38,2	43,0	6,6	1,6	0,2	4,2
Sprawność, umiejętności seksualne	11,2	41,8	36,8	3,5	1,0	0,2	5,5
Samopoczucie psychiczne	13,7	41,5	32,4	7,2	2,0	1,0	2,1
Stan zdrowia	19,2	46,2	27,8	5,2	1,2	0,3	–

Jak więc widać, stosunkowo najlepsze oceny dotyczą jakości związku i atmosfery w rodzinie, a następnie życia seksualnego i stanu zdrowia. Nieco gorzej, ale ciągle jeszcze pozytywnie, przedstawiają się oceny możliwości i umiejętności seksualnych oraz samopoczucia psychicznego, a następnie oceny swojej atrakcyjności fizycznej i wyglądu. Ostatnie miejsca zajmuje zadowolenie z zajmowanej pozycji społecznej – a więc posiadanej pracy (czy pobieranej nauki) i dochodów. Te ostatnie oceny są znacznie niższe niż pozostałe. Za najbardziej uproszczony składnik jakości życia trzeba więc uznać sytuację materialną i zawodową. Uwagę zwracają natomiast oceny bezpośrednio związane z seksualnością, które przedstawiają się bardzo korzystnie. Ponownie więc należy stwierdzić, że Polacy są wspaniałymi kochankami albo mają nieco zawyżoną samoocenę.

Ogólnie pozytywne oceny umiejętności seksualnych w zestawieniu choćby z danymi o niezbyt bogatym repertuarze erotycznym (badania Z. Lew-Starowicza, Długołęcka 2002) zdają się świadczyć, że bliższa prawdy może być ta druga interpretacja. Większość Polaków nie ma na ogół zbyt wysokich oczekiwań związanych ze sferą seksu, a w związku z tym także większych kompleksów.

Oczywiście, przy interpretacji tych wyników należy uwzględnić skłonność badanych do pewnej deklaracyjności i zawyżania ocen swoich możliwości seksualnych w związku z istniejącą w społeczeństwie aprobatą udanego życia seksualnego, sprawności i możliwości seksualnych, zwłaszcza wśród mężczyzn.

Tabela 10. Współczynniki korelacji ocen jakości różnych sfer życia (r Pearsona)

Sfery życia	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Stan zdrowia (I)	1,0	0,21	0,22	0,17	0,13	0,14	0,24	0,21	0,33
Sytuacja materialna (II)		1,00	0,54	0,27	0,19	0,22	0,19	0,18	0,30
Praca zawodowa, nauka (III)			1,00	0,33	0,23	0,23	0,22	0,22	0,35
Atmosfera w rodzinie (IV)				1,00	0,52	0,40	0,27	0,27	0,40
Małżeństwo, stały związek (V)					1,00	0,70	0,29	0,33	0,37
Życie seksualne (VI)						1,00	0,39	0,51	0,41
Atrakcyjność fizyczna (VII)							1,00	0,59	0,46
Możliwości seksualne (VIII)								1,00	0,47
Samopoczucie psychiczne (IX)									1,00

Kolejne pytanie, jakie nasuwa się w związku z analizowanymi kwestiami, to współwystępowanie poszczególnych ocen: na ile pozytywnym ocenom w jednej

sferze towarzyszą pozytywne oceny w innych, a jeżeli tak, to w których szczególnie? Oceny których sfer korespondują najbardziej z ocenami odnoszącymi się do jakości życia seksualnego?

Wszystkie przedstawione oceny, dotyczące różnych sfer życia, pozostają ze sobą w silniejszym bądź słabszym związku. Oznacza to, że składają się na stosunkowo jednorodne zjawisko, którego wszystkie elementy wpływają na siebie nawzajem. Stosunkowo najsłabszy związek obserwujemy między oceną sytuacji zdrowotnej, oceną jakości małżeństwa i życia seksualnego. Oznacza to, że dobre zdrowie nie musi być warunkiem udanego pożycia. Spośród zmiennych zrelatywizowanych do sfery życia seksualnego najsilniej są ze sobą powiązane oceny związku i ogólnej atmosfery w rodzinie, ale przede wszystkim oceny jakości życia seksualnego z ocenami tego związku (małżeństwa). Siła tego związku ($r=0,70$) świadczy, że dla wielu osób udane małżeństwo czy związek są niemal tożsame z satysfakcjonującym życiem seksualnym. Świadczy to o niskim stopniu autonomizacji seksu od wartości małżeństwa, partnerstwa i związanej z tym zarówno wspólnoty, jak i odpowiedzialności. Jak pamiętamy, przekonanie to stało się istotnym czynnikiem wyodrębnionego wcześniej wzoru ustabilizowanego seksu, „seksu małżeńskiego”. Rola udanego życia seksualnego jawi się jako ważniejsza od materialnych podstaw związku. Wyraźnie wybija się także rola możliwości i umiejętności seksualnych oraz przekonanie o własnej atrakcyjności fizycznej dla pozytywnej oceny życia seksualnego, co wydaje się zrozumiałe.

Silnie powiązane są ze sobą także oceny związane z zajmowaną pozycją społeczną – sytuacją materialną i pracą. Ich związek z pozostałymi ocenami, choć istotny, statystycznie nie jest jednak wysoki. Ważną rolę spajającą oceny analizowanych sfer życia odgrywa samopoczucie psychiczne. Koreluje ono znacząco ze wszystkimi wymiarami. Można je zatem traktować jako wypadkową jakości życia w ogóle.

Życie seksualne a bezrobocie

Pomimo że zaobserwowany związek między zadowoleniem z sytuacji materialnej i pracy a zadowoleniem z życia seksualnego nie był wysoki, warto się jeszcze zastanowić nad jedną kwestią, mianowicie życiem seksualnym osób

znajdujących się w sytuacji bezrobocia. Wiele badań wskazuje, że nawet jeżeli bezrobocie nie zagraża bezpośrednio materialnym warunkom życia, wpływa negatywnie na samopoczucie psychiczne, odczuwane niepokoje i stresy, a także samoocenę. Bezrobocie chroniczne prowadzi niejednokrotnie do przewlekłego obniżenia nastroju, a nawet depresji, i do ogólnego pogorszenia stanu zdrowia, także somatycznego (Warr 1987; Brenner 1987; Szyłko-Skoczny 1992). Są zatem wszelkie podstawy, aby przypuszczać, że może ono także działać destrukcyjnie na kształt życia seksualnego. Zależność ta nie zawsze jest oczywista, działa tu bowiem szereg czynników pośredniczących, które mogą łagodzić lub pogłębiać odczuwane niepokoje i przekładać się w określony sposób na potrzeby i doznania seksualne. Dużo zależy od indywidualnej reakcji na stresujące sytuacje, a także reakcji najbliższego otoczenia, a przede wszystkim partnera seksualnego.

Istnieje wiele czynników odpowiedzialnych za indywidualne reakcje na bezrobocie; były one przedmiotem licznych badań* – i nie będziemy ich tu rozpatrywać. Z punktu widzenia interesującego nas tematu warto tylko zadać pytanie, czy wśród osób bezrobotnych zanotowano spadek zainteresowania życiem seksualnym, obniżony poziom satysfakcji lub jakieś wyraźniejsze trudności określane przez nas jako fizjologiczne czy psychospołeczne. Odpowiedź na to pytanie nie może w żadnym wypadku rozstrzygnąć jednoznacznie kwestii wpływu, jakie bezrobocie może mieć na życie seksualne; wymagałoby to znacznie precyzyjniejszych badań nakierowanych wyłącznie na ten problem badawczy. Istotną przeszkodą jest tu choćby brak informacji o życiu seksualnym sprzed okresu bezrobocia, a także o długości jego trwania; wiadomo bowiem, że samopoczucie psychiczne, nastroje osób bezrobotnych różnią się od siebie w poszczególnych fazach bezrobocia. Rozważania nasze mogą więc tylko prowadzić do ukazania, czy życie seksualne osób aktualnie bezrobotnych różni się w swych podstawowych charakterystykach od życia seksualnego osób zawodowo czynnych. Wybrane dane na ten temat prezentuje tabela 11.

* Przegląd wyników tych badań można znaleźć na przykład w rozdziale „Unemployment as a Private Trouble” w pracy P.G. Svenssona i B. Starrina (1992).

Tabela 11. Charakterystyki życia seksualnego bezrobotnych i pracujących (skrajne kategorie; w procentach)

Cechy życia seksualnego	Bezrobotni N=335	Pracujący N=2284	Siła związku i poziom istotności
Częstość stosunków seksualnych raz w miesiącu lub rzadziej	36,4	24,9	p < 0,001
kilka razy w tygodniu	27,8	36,9	V Cramera 0,095
Częstość przeżywania orgazmu zawsze lub prawie zawsze	45,5	57,6	p < 0,001
rzadko lub nigdy	10,4	6,4	V Cramera 0,099
Brak stałego partnera seksualnego	26,7	19,5	p < 0,036 V Cramera 0,068
Postrzeganie seksu jako ważnej sfery życia	57,8	68,1	p < 0,010
jako nieważnej sfery życia	12,9	9,9	V Cramera 0,074
Ocena jakości swojego życia seksualnego bardzo dobra i dobra	60,2	58,2	nieist.
bardzo zła i zła	3,8	2,9	V Cramera 0,059
Brak ochoty na seks jako trudność w pożyciu	11,5	16,5	p < 0,010 V Cramera 0,051

Choć siła przedstawionych związków pomiędzy powyższymi zmiennymi jest raczej niska, układają się one w tendencję sugerując, że życie seksualne osób bezrobotnych faktycznie układa się mniej korzystnie. Ich pożycie jest rzadsze, podobnie jak satysfakcja czerpana z seksu. Bezrobotni nieco rzadziej deklarują posiadanie stałego partnera seksualnego, co częściej „skazuje” ich na seks przygodny. Niższe jest także zainteresowanie życiem seksualnym i, jak można sądzić, odczuwane potrzeby w tym względzie. Jeżeli więc – zgodnie z naszymi uprzednimi rozważaniami – uznać życie seksualne za istotny składnik jakości życia – aspekt ten wydaje się częściej upośledzać życie osób bezrobotnych, niż stanowić podtrzymanie w trudnej sytuacji życiowej. Nie zanotowaliśmy natomiast żadnych różnic w częstości występowania trudności związanych z realizacją samego aktu seksualnego, kojarzonych na ogół z odczuwanym stresem (na przykład problemów z erekcją) między osobami bezrobotnymi a resztą badanych.

Odwrotnością pytania o hipotetyczny wpływ bezrobocia na aktywność seksualną jest pytanie o wpływ kariery. Czy istnieją zatem różnice w życiu seksualnym osób pochłoniętych pracą czy nauką, zajętych budowaniem sukcesu życiowego, podejmujących ważne i odpowiedzialne decyzje zawodowe, niejednokrotnie związane ze znacznym ryzykiem? I oni bowiem są poddani oddziaływaniu rozmaitych stresów, niejednokrotnie przytłacza ich ciężar pracy i odpowiedzialności, cierpią na brak czasu i energii. Czy konieczność ciągłego współzawodniczenia, uczestnictwo w „wyścigu szczurów”, z jednej strony, z drugiej zaś – nowe, atrakcyjne sposoby spędzania wolnego czasu stworzone przez kulturę yuppies i będące kulturowym wymogiem zajmowanej pozycji społecznej stanowią zagrożenie dla autentycznie satysfakcjonującego życia seksualnego? W jaki sposób zmieniają standardy i oczekiwania związane ze sferą seksu? Nie jesteśmy niestety w stanie odpowiedzieć na te pytania na podstawie materiałów zgromadzonych w omawianym badaniu. Kwestie te, jak również wpływ bezrobocia i przewlekłej biedy na kształt życia seksualnego warte są niewątpliwie podjęcia w bardziej szczegółowych badaniach, zwłaszcza typu jakościowego.

Stosunek Polaków do norm regulujących życie seksualne

Normy odnoszące się do życia seksualnego

Zadaniem norm społecznych regulujących zachowania seksualne jest ukierunkowanie zaspokajania potrzeb seksualnych w społecznie aprobowany sposób. Mogą one przybierać kształt norm obyczajowych, moralnych, religijnych i prawnych. Wszystkie te dziedziny życia społecznego – obyczaj, moralność, religia i prawo – zajmują bowiem określone stanowisko wobec różnych aspektów seksualności człowieka. Normy regulujące seksualność ulegają stałym zmianom i korektom, choć nie wszystkie z jednakową dynamiką. We współczesnych społeczeństwach normy obyczajowe i moralne stają się coraz wyraźniej liberalne, normy religijne natomiast podlegają takim zmianom w znacznie mniejszym stopniu. Normy usankcjonowane prawem stają się z kolei często instrumentem politycznym, a wnoszone przez nie regulacje zależne od doraźnej koniunktury politycznej (na przykład stosunek do przerywania ciąży). To samo zachowanie może więc być różnie oceniane z punktu widzenia różnych rodzajów norm.

Normy obyczajowe informują o tym, co jest właściwe lub nie w określonych sytuacjach w sferze obyczajowości; definiują pewne zachowania jako seksualne albo aseksualne, regulują dozwoloną ilość okazywanych emocji w miejscach publicznych, określają dobór partnerów, który może być stosowny lub nie (na przykład partnerka dużo starsza od partnera) itp. Stosunkowo bliskie normom obyczajowym, choć bardziej rygorystyczne jeśli chodzi o ich łamanie, są normy moralne. I one także – w tym przypadku – zawierają zbiór reguł społecznie aprobowanego postępowania odnoszącego się do zaspokajania potrzeb seksualnych, jednak uwzględniają także pewne nadrzędne wartości „dobra i zła” – dotyczą więc takich aspektów, jak wierność małżeńska, inicjacja seksualna, promiskuityzm. Normy moralne bardziej niż inne wywołują poczucie powinności, której niespełnienie rodzi wyrzuty sumienia (Ossowska 1963). Negatywnymi sankcjami w przypadku złamania norm obyczajowych i moralnych może być swoiste napiętnowanie społeczne i ostracyzm. Choć oczywiście – w zależności od środowiska – przekroczenie wielu z nich nie musi powodować żadnej wyraźniejszej reakcji.

Funkcjonowanie norm moralnych i obyczajowych regulujących sferę zachowań seksualnych odzwierciedla także istniejący porządek społeczny, choćby nierówności pozycji społecznych. Bardziej swobodny styl życia seksualnego wyższych warstw społecznych zawsze spotykał się i spotyka z większą tolerancją i zrozumieniem niż podobne zachowania w warstwach niższych. Stosunki przed- i pozamałżeńskie, rozwody czy dzieci urodzone poza związkami małżeńskimi nie spotykają się praktycznie z żadną ostrzejszą reakcją w tych pierwszych, ale raczej z potępieniem w tych drugich. Podobne różnice w ocenie naruszania norm obserwowaliśmy i ciągle jeszcze obserwujemy w zależności od tego, czy osobą naruszającą jest mężczyzna czy kobieta. Dominująca pozycja społeczna mężczyzny sprawia, że normy łączące seks, prokreację i małżeństwo odnoszą się przede wszystkim do kobiet. Wywodząca się z kultury patriarchalnej podwójna moralność nie pozwala kobietom na to, co jest tolerowane w przypadku mężczyzn. Stojąca niżej w hierarchii społecznej kobieta jest więc traktowana niejednokrotnie jako zdobycz seksualna albo materiał na żonę (Duch-Krzystoszek 1997).

Poszczególne środowiska, grupy społeczne posiadają więc własne koncepcje sposobu interpretowania norm moralnych i obyczajowych, a każda z nich określa pewien margines dowolności w interpretacji ogólnych „nakazów” i „zakazów”. Przyjmowanie grupowych standardów w tym względzie staje się istotnym

elementem socjalizacji, poczucia przynależności i identyfikacji z grupą czy środowiskiem. Badacze podkultur młodzieżowych stwierdzają, że wspólne wzory i charakterystyczne dla nich normy związane z seksualnością stanowią istotny składnik więzi wielu grup młodzieżowych. Ogólnie ulegają one liberalizacji. Dzieje się tak na skutek wielu różnych przyczyn, choćby takich, jak przedłużający się czas między osiąganiem dojrzałości biologicznej a społecznej czy szeroko obecna seksualizacja wzorów życia niesionych przez kulturę masową.

Normy religijne wprowadzają dodatkowo do seksualności pojęcie grzechu i własny system sankcji w przypadku łamania ustanowionych norm. Normy religijne – jak już powiedzieliśmy – są stosunkowo najbardziej trwale i niezmiennie, a jednocześnie rygorystyczne (zachowanie czystości, wstrzemięźliwości seksualnej przed ślubem). Związki seksualne nieusankcjonowane małżeństwem, masturbacja czy związki homoerotyczne są coraz bardziej akceptowane przez normy obyczajowe czy nawet moralne, natomiast konsekwentnie wykluczane przez normy religijne.

Normy prawne regulują zachowania związane ze sferą seksu, które mogą mieć znamiona przestępstwa, ale także stoją na straży pewnych uznanych granic, w ramach których seksualność może mieć miejsce. Związki małżeńskie są zawierane i rozwiązywane w majestacie prawa, prawo wypowiada się także na temat tego, jakie związki i praktyki seksualne są dopuszczalne, jakie zaś nie, nawet jeżeli nie wiąże się to z naruszeniem niczyich dóbr osobistych.

Granice pomiędzy zakresami poszczególnych norm są trudne do ustalenia, często bowiem na siebie zachodzą. Warto jednak dokonywać nawet orientacyjnych rozróżnień między nimi, choćby po to, aby wykazać, że normy regulujące seksualność stoją na straży wartości istotnych z punktu widzenia różnych systemów społecznych, a także odmienności sankcji, którymi dysponują. Normy moralne odwołują się do sankcji w postaci wyrzutów sumienia czy społecznego potępienia, obyczajowe grożą wyobcowaniem z grupy przynależności, prawne operują przymusem fizycznym, a w normach religijnych zawarte są sankcje nadprzyrodzone (na przykład wieczne potępienie) [Kojder 1999].

Zachowania niezgodne z obowiązującymi w danym społeczeństwie czy grupie normami są w większości przypadków brzemienne w negatywne skutki. Mogą powodować obniżenie poczucia własnej wartości, poczucie winy i wyrzuty sumienia, mogą ponadto narażać na przykre sankcje lub lęk przed nimi. Można więc

przyjąć, że respekt dla poszczególnych norm jest istotnym wyznacznikiem i modyfikatorem ludzkich zachowań (Malewska 1967). Ktoś, kto silnie potępia zjawisko prostytutki, prawdopodobnie nie zostanie klientem agencji towarzyskiej, a ktoś, kto potępia masturbację, będzie stronił od tej praktyki, lub też staranie się ona przyczyną wielu niepokojów moralnych. Z drugiej strony jednak, jeżeli jakaś norma jest powszechnie przekraczana, przestaje obowiązywać lub też łagodnieją znacznie sankcje, jakie jej uprzednio towarzyszyły. Przekraczaniu niektórych tradycyjnych norm sprzyjają też wyniki badań naukowych, pozwalające wyjść poza sferę tabu. Coraz więcej badań wskazuje na przykład, że masturbacja nie tylko nie jest szkodliwa, ale wręcz pomaga w poznaniu własnego ciała, własnych reakcji i możliwości doznań, a także w nabyciu umiejętności przeżywania orgazmu, szczególnie w przypadku kobiet, liberalizując tym samym stosunek do niej*. Badanie „mocy obowiązującej” poszczególnych norm wydaje się więc ważnym elementem poznania zachowań ludzkich w sferze seksu.

Dane omawianego tu badania pozwalają obserwować częstość aktów przekraczania pewnych ogólnych norm regulujących aktywność związaną z seksem oraz przeanalizować deklaracje społeczeństwa polskiego na temat wagi poszczególnych norm. Obie te informacje będą dla nas wskaźnikiem konserwatywnego bądź liberalnego stosunku do poszczególnych nakazów i zakazów. Spróbujemy się także zastanowić, jakie czynniki sprzyjają pewnemu „rozluźnieniu” w tym względzie.

Rozważymy: czynne respektowanie normy dotyczącej wierności małżeńskiej (partnerskiej), związków przedmałżeńskich, doświadczeń homoseksualnych i masturbacji, oraz opinie na temat zachowań quasi-seksualnych w miejscach publicznych, a następnie postawy wobec homoseksualizmu i masturbacji, prostytutki. Będą to więc kwestie regulowane zarówno normami obyczajowymi, moralnymi, religijnymi, jak i prawnymi**. Poruszymy tu także kwestie,

* Wyniki tych badań są udostępniane przez popularne pisma („Masturbacja to przyjemny, bezpieczny i powszechny sposób rozładowywania seksualnego napięcia. Pozwala zaspokoić erotyczne pragnienia, gdy nie ma obok Ciebie partnera, albo jest, „ale nie ma ochoty na seks”. „Nie służy prokreacji ani wzmacnianiu więzi. To rozkosz dla rozkoszy” – „Twój Styl”, październik 2002), zdejmując z praktyk masturbacyjnych ciężar grzechu czy zbrocienia.

** W świetle aktualnych uregulowań prawnych prostytutka nie jest karana, natomiast karze podlega stręczycielstwo. W wielu krajach prostytutka, podobnie jak homoseksualizm, podlegają penalizacji. W Polsce jeszcze do niedawna były one także ścigane z mocy prawa.

które wprawdzie nie wiążą się z przekraczaniem konkretnych norm, uchodzą jednak za kontrowersyjne, a dla niektórych osób – za niezgodne z kanonami ich moralności. Chodzi tu o edukację seksualną w szkołach i środkach masowego przekazu oraz ewentualny dobór treści, jakie w takiej edukacji mogłyby się mieścić.

Stosunek do wybranych norm

Monogamia i wierność partnerowi

Aktywnych seksualnie jest 85,7% osób w badanym przedziale wieku. Spośród nich 80% ma aktualnie współmałżonka lub innego stałego partnera. Co trzecia osoba aktywna seksualnie miała i ma związek tylko z jednym partnerem. W sposób oczywisty osób takich jest proporcjonalnie więcej wśród tych, które nie ukończyły jeszcze 20. roku życia, a więc dopiero rozpoczynają aktywność seksualną. Trudno powiedzieć, na ile w ich przypadku fakt posiadania tylko jednego partnera wynika z krótkich doświadczeń życia seksualnego, na ile zaś – z respektowania zasady monogamii i normy wierności. Wiek nie różnicuje liczby posiadanych partnerów wśród osób po 20. roku życia. Osoby, których doświadczenia seksualne oparte były na związkach z kilkoma partnerami, to znacznie częściej mężczyźni niż kobiety (61,3% i 38,7%). Decyzje o współżyciu z jednym czy wieloma partnerami w ciągu całego cyklu życia płciowego są więc w większym stopniu determinowane przez płeć niż przynależność do określonego pokolenia.

Wśród osób mających więcej niż jednego partnera, orientacyjnie co czwarta osoba dopuściła się tak zwanej zdrady małżeńskiej (stosunek płciowy z inną osobą niż stały partner). Byli to częściej mężczyźni niż kobiety (odpowiednio 33% i 17%). Potwierdza to potoczną opinię o większej stałości i wierności kobiet. Najczęściej chodziło o zdradę z jedną (41% zdradzających) lub z dwiema osobami (18%). W przypadku znacznej większości zdradzających osoba, z którą odbywali stosunki, była im znana wcześniej. W przypadku 13,5% osób stosunek miał miejsce z osobą spotkaną po raz pierwszy.

Wprawdzie niewierność małżeńska jest w statystykach najczęstszą przyczyną rozwodów, jednak w praktyce potępienie zdrady zdaje się maleć, a sam

fakt mieć mniejsze konsekwencje dla trwałości związku. Najbardziej spektakularna zdrada małżeńska ostatnich lat, która miała miejsce w rodzinie prezydenta Clintona, pokazała, że nie musi ona niszczyć związku, a zdradzona kobieta nie „traci twarzy”, jeżeli się ze zdradą pogodzi. Czasem decyduje o tym dobro rodziny, wspólnota majątkowa, przyzwyczajenie, czasem zaś autentyczne, wzajemne przyzwolenie partnerów na seks pozamałżeński. Stanowi on wówczas dodatkowe urozmaicenie dla pozbawionego już namiętności, choć trwałego związku. Z przyzwolenia takiego na ogół częściej korzystają mężczyźni niż kobiety.

Większy liberalizm mężczyzn w sposobie traktowania normy wierności małżeńskiej znalazł też swój wyraz w badaniu Z. Lew-Starowicza (Długołęcka 2002). Jedna trzecia respondentów zaprezentowała w nim stanowisko przyzwalające na seks pozamałżeński („seks pozamałżeński to nic złego”). Opinię tę podzielało 40% mężczyzn i 25% kobiet. W przypadku obu płci były to przede wszystkim osoby młodsze. Jednocześnie, co warto wskazać, mężczyźni w większym stopniu aprobujący (zarówno w teorii, jak i w praktyce) seks pozamałżeński, znacznie częściej niż kobiety (36% i 22%) wyrażają pogląd, że **obowiązkiem** kobiety jest zaspokoić potrzeby seksualne partnera. Akceptacja takiego stanowiska jest szczególnie częsta wśród mężczyzn o relatywnie niższym wykształceniu. Połączenie obu tych orientacji stawia mężczyzn w uprzywilejowanej z punktu widzenia realizacji życia seksualnego sytuacji. Ich partnerki mają obowiązek zaspokajać ich potrzeby, a dodatkowo bardziej liberalnie traktują możliwość seksu pozamałżeńskiego. Posługując się retoryką feministyczną, postawy takie należałyby zaliczyć do przejawów męskiego szowinizmu.

Seks przedmałżeński czy raczej seks bez związku małżeńskiego (związek małżeński nie zawsze musi być ostatecznym celem współżycia) jest aktualnie praktykowany przez 41,2% kobiet i 58,2% mężczyzn. Występowanie aktywności seksualnej bez małżeństwa jest oczywiście wyraźnie negatywnie skorelowane z wiekiem ($r=-0,59$). Nie jesteśmy jednak w stanie w oparciu o posiadane materiały stwierdzić, ile osób aktualnie pozostających w związkach małżeńskich utrzymywało także stosunki seksualne, omijając w przeszłości normę nakazującą zachowanie wstrzemięźliwości przed ślubem. Nie wiemy zatem, na ile przestrzeganie jej staje się bardziej liberalne.

Masturbacja i zachowania homoseksualne

Zarówno normy religijne, jak i obyczajowe dość rygorystycznie odnoszą się do masturbacji oraz kontaktów homoseksualnych. Zachowania te są rozpatrywane w kategoriach grzechu, a niejednokrotnie w kategoriach zbrodni lub co najmniej nieprzyzwoitości. Pomimo że współczesne autorytety medyczne – jak chociażby Światowa Organizacja Zdrowia – zdjęły z nich piętno choroby czy patologii, oficjalnie uznając je za normalne, a media rozpowszechniały to stanowisko, pogląd taki nie jest jeszcze reprezentowany przez nasze społeczeństwo. Tylko ponad połowa przyznaje się do doświadczeń z masturbacją (aktualnie ma je 20%), natomiast 43,6% stwierdza, że nigdy masturbacji nie uprawiała. Proporcje te wydają się być zaniżone w stosunku do badań z innych krajów (około 70% osób uprawiających). Wiek, w którym masturbacja rozpoczyna się najczęściej, to 14–15 lat (37%) i najczęściej jest kontynuowana przez kilka lat. O uprawianiu masturbacji mówią dwukrotnie częściej mężczyźni niż kobiety.

Kontakty seksualne z osobą tej samej płci zadeklarowało tylko 2% badanych. Można sądzić, że nie odpowiada to prawdziwej częstotliwości zachowań homoseksualnych; jednak silne tabu otaczające te zachowania sprawia, że nie wszystkim jest łatwo o nich mówić. Według światowych szacunków, w każdym społeczeństwie około 7% populacji stanowią osoby o orientacji homoerotycznej. Niechęć społeczna ją otaczająca skłania do ukrywania prawdy o sobie i raczej stwarzania iluzji, że pozostaje się w związkach heterogenicznych. Homoseksualizm przedstawia się często w negatywnym kontekście AIDS, narkotyków, męskiej prostytutki, pedofilii i skandalu*. Dezaprobata wobec zachowań homoseksualnych jest obecna w większości podręczników szkolnych

* Artur Cezary Krasicki w artykule *Medialne tabu* („Empik News”, grudzień 2002) dokonując analizy publikacji czasopism oraz audycji radiowych i telewizyjnych wykazuje, że na ogół umacniają one negatywne stereotypy na temat osób homoseksualnych. Przedstawia się ich jako rozwiązłych i zniewieściałych osobników, alkoholików, niewiernych kochanków, czatujących na chłopców w dworcowych toaletach, zakażających wirusem HIV, uszinkowanych i przebranych w kobiece ciuchy itd. Według autora artykułu najbardziej wrogi stosunek do zjawiska homoseksualizmu prezentują gazety prawicowe i katolickie.

wykorzystywanych w Polsce podczas lekcji przygotowujących do życia w rodzinie. Określa się w nich kontakty homoseksualne jako patologiczne lub, w najlepszym razie, niezgodne z naturą człowieka. Budują one atmosferę lęku i potępienia wokół odmiennych orientacji seksualnych. Większość dorosłych Polaków sprzeciwia się pełnieniu przez osoby o orientacji homoseksualnej ważnych urzędów publicznych, a w przybliżeniu co czwarta osoba nie chciałaby ani z nimi pracować w tej samej firmie, ani nawet mieszkać na tej samej ulicy (CBOS 1994). Trudno w tej sytuacji o uzyskanie u nas wiarogodnych informacji na temat rozpowszechniania zachowań homoseksualnych. Także ze względu na negatywną reakcję społeczną jedynie nieliczne osoby przyznają się do przymuszania ich przez partnera do współżycia seksualnego i molestowania seksualnego w dzieciństwie, choć wydawałoby się, że bycie ofiarą nie powinno być dyskryminowane.

Przedstawione dane informują o występowaniu zachowań, które mogą być traktowane jako niezgodne z istniejącymi normami obyczajowymi, moralnymi czy religijnymi. Ze względu na dość wysokie odsetki braków odpowiedzi, a także niewątpliwie istniejącą – wspomnianą już – niechęć do ujawniania tego rodzaju informacji o sobie, dane nie oddają wiernie stanu rzeczy. Warto więc przesłedzić deklaracje na temat wagi poszczególnych norm i stosunku do poszczególnych zachowań tymi normami regulowanych. Aprobata bądź dezaprobatą poszczególnych zachowań może tu być traktowana zarówno jako wskaźnik permissyvizmu, jak i dyspozycji do ich realizacji.

Dwie poniższe tabele ukazują rozkłady opinii i przekonań dotyczących masturbacji oraz orientacji homoseksualnej.

Tabela 12. Opinie na temat masturbacji (w procentach)

Opinia	Zdecydowanie zgadzam się	Zgadzam się	Raczej zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie zgadzam się	Zdecydowanie nie zgadzam się	Brak danych
(1) Masturbacja może prowadzić do zaburzeń psychicznych i problemów zdrowotnych	6	13	13	20	21	15	13

(2) Masturbacja jest dobrym sposobem rozładowania napięcia seksualnego, jeżeli nie ma się odpowiedniego partnera	9	23	26	12	9	7	14
(3) Jeżeli żyje się w stałym związku, to nie powinno się masturbować	14	20	17	14	13	8	14
(4) Lepiej jest mieć kontakty seksualne z osobą przypadkową, niż się masturbować	3	6	8	17	25	26	16

Dwie pierwsze opinie dotyczą ogólnego stosunku do masturbacji – jako czynności uzasadnionej i nieszkodliwej – i odwrotnie. Przeważają tu orientacyjnie dwukrotnie opinie dopuszczające masturbację. Kolejne dwie opinie wprowadzają do ocen dodatkowe warunki: posiadanie stałego partnera oraz alternatywę dla masturbacji, jaką jest choćby przygodny partner. Zmieniają one wyraźnie sposób oceniania masturbacji. W przypadku posiadania stałego partnera wzrasta potępienie masturbacji, natomiast wzrost przyzwolenia stwarza sytuacja, w której uniknięcie masturbacji wiąże się z przygodnymi kontaktami seksualnymi. Jest więc ona traktowana tu jako „mniejsze zło”. Przedstawione wyżej rozkłady odpowiedzi pokazują jednocześnie, że norma społeczna regulująca dopuszczalność masturbacji jest modyfikowana kontekstem, w którym zachowanie to się pojawia.

Poszczególne opinie współwystępują ze sobą w następujący sposób (wartości współczynników korelacji r Pearsona):

Tabela 13. Współzależności między opiniami dotyczącymi masturbacji

	Opinia (1)	Opinia (2)	Opinia (3)	Opinia (4)
Opinia (1)	1,00	-0,21	0,43	0,24
Opinia (2)		1,00	-0,15	-0,06
Opinia (3)			1,00	0,24
Opinia (4)				1,00

Najwyraźniejszy związek obserwujemy między ogólnym potępieniem masturbacji wyrażonym w kategoriach różnych zagrożeń a potępieniem jej w związku partnerskim. Brak natomiast wyraźniejszego związku między ogólną aprobatą masturbacji i przedkładaniem jej na rzecz kontaktów z przygodnym partnerem. Występowanie aprobaty bądź dezaprobaty dla masturbacji nie jest zróżnicowane ze względu na wiek i płeć. Jedynie w przypadku przygodnych kontaktów jako alternatywnego rozwiązania dla odczuwanych napięć seksualnych widać tendencję do częstszego akceptowania takiego wyboru przez mężczyzn ($r=0,20$). Potępienie masturbacji pojawia się także częściej wśród osób relatywnie niżej wykształconych i zamieszkujących w mniejszych miejscowościach. Najwyraźniej jednak oceny te są powiązane ze stosunkiem do religii. Osoby, które określiły się jako wierzące i praktykujące, w sposób statystycznie istotny częściej wyrażały dezaprobatę dla masturbacji w ogóle ($r=-0,26$) oraz masturbacji w stałym związku ($r=0,21$), częściej też wyrażały przekonanie, że jest ona szkodliwa ($r=0,21$). Nie zanotowano natomiast wpływu religijności na wybór: masturbacja czy przygodne kontakty seksualne. I jedno, i drugie jest z punktu widzenia norm religijnych złem i być może niełatwo jest dokonać między nimi wyboru.

Występowanie określonych opinii i ocen na temat masturbacji pozostaje także w wyraźnym związku ze wzorami własnego życia seksualnego. Szczególnie wyraźnie widać to wśród osób realizujących wzór dużej i zróżnicowanej aktywności seksualnej. Osoby te są często przekonane, że masturbacja jest dobrym sposobem na rozładowanie napięcia seksualnego ($r=0,29$), także jeżeli pozostaje się w stałym związku ($r=0,26$) i rzadko są przekonane, że prowadzić może ona do zaburzeń zdrowotnych ($r=-0,26$). Rodzaj własnej seksualności – podobnie jak religijność, z którą, jak pamiętamy, jest on powiązany nie ma wpływu na wybór między masturbacją a przygodnymi kontaktami seksualnymi.

Przedstawione uprzednio dane dotyczące własnych doświadczeń homoerotycznych, których częstość deklarowania była niższa, niż wynikałoby to z innych szacunków, świadczą, że zachowania takie są postrzegane jako wstydlive i zagrażające obrazowi własnej osoby. Nieco więcej osób w stosunku do tych, które utrzymują kontakty homoseksualne, stwierdza u siebie pociąg seksualny do osób tej samej płci (6%). Charakterystyczne jednak, że z odczuciem tym – poza ciekawością – najczęściej łączy się zażenowanie. W badaniu Z. Lew-Starowicza, (Długołęcka 2002) jedynie co druga osoba wyraziła pogląd, że homoseksualiści powinni być trak-

towani tak jak inni ludzie, co więcej, odsetek ten uległ zmniejszeniu w stosunku do wyniku uzyskanego w badaniu w 1992 roku. Tej zmniejszającej się tolerancji dla odmienności w zakresie preferencji seksualnej towarzyszy odnotowany wzrost rygoryzmu wobec przestępstw seksualnych (choć nie wiemy, jakie konkretnie przestępstwa badani mieli na myśli). W 1992 roku 50% badanych stwierdziło, że przestępców seksualnych powinno się kastrować, w 2002 osoby te stanowiły 63%.

Tabela 14. Opinie na temat homoseksualizmu (w procentach)

Opinia	Zdecydowanie zgadzam się	Zgadzam się	Raczej zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie zgadzam się	Zdecydowanie nie zgadzam się	Brak danych
(1) Kontakty seksualne wśród osób tej samej płci są czymś normalnym, nie ma w nich nic złego	3	7	11	17	21	28	14
(2) Osoby odczuwające pociąg seksualny do własnej płci powinny zrobić wszystko, aby zmienić swoje upodobania, leczyć się	12	16	16	16	14	19	15
(3) Osoby tej samej płci żyjące w stałym związku powinny mieć możliwość prawnego zalegalizowania swojego związku	6	10	16	14	15	24	15

Spółeczne potępienie homoseksualizmu jest wyraźniejsze niż potępienie masturbacji. Mają na to niewątpliwie wpływ wspomniane już wcześniej negatywne

stereotypy osób homoseksualnych, a także skutki niechlubnych akcji policyjnych, nadających im dyskryminujące piętno przestępców*. Znacznie mniej osób uważa homoseksualizm za normalny sposób zaspokojenia potrzeb seksualnych, niż ma to miejsce w przypadku masturbacji. Nawet jeżeli oba te zachowania rozpatrywane są w kontekście zdrowia i choroby, homoseksualizm jest częściej postrzegany jako stan, który powinien podlegać leczeniu. Zarówno w przypadku opinii o masturbacji, jak i homoseksualizmie, uderza znaczny odsetek osób, które nie udzieliły odpowiedzi.

Poszczególne opinie o homoseksualizmie współwystępują ze sobą w następujący sposób (wartości współczynników korelacji r Pearsona):

Tabela 15. Współzależności opinii na temat homoseksualizmu

	Opinia (1)	Opinia (2)	Opinia (3)
Opinia (1)	1,00	-0,25	0,50
Opinia (2)		1,00	-0,20
Opinia (3)			1,00

Akceptacja bądź jej brak dla relacji homoseksualnych nie ma związku z płcią ani wiekiem. Jedynie pogląd, że osoby homoseksualne powinny się poddać leczeniu, jest nieco częściej wyrażany przez osoby starsze. Wiąże się to być może z rozpowszechnioną w przeszłości koncepcją traktującą homoseksualizm jako jednostkę chorobową, a więc przypadłość, którą można leczyć. Nie widać też wyraźniejszego, istotnego związku z wykształceniem. Natomiast podobnie jak w przypadku oceny masturbacji – oceny homoseksualizmu są w najwyraźniejszy sposób uzależnione od stosunku do wiary i religii. Im silniejsze przekonania i praktyki religijne, tym rzadziej postrzega się kontakty seksualne wśród osób tej samej płci za normalne ($r=-0,20$) i możliwość ich prawnej legalizacji ($r=-0,23$), natomiast częściej postrzega się homoseksualizm jako skłonność, z której powinno się leczyć i za wszelką cenę się jej pozbyć ($r=0,17$).

* Przykładem jest przeprowadzona w połowie lat osiemdziesiątych akcja „Hiacynt”, mająca na celu zarejestrowanie w kartotekach milicyjnych wszystkich osób podejrzanych o kontakty homoseksualne. Osoby te były przywożone na komisariaty, przesłuchiwane, pobierano im odciski palców i szantażowano, grożąc ujawnieniem ich orientacji rodzinom, uczelniom i zakładom pracy.

Przy niewielkiej akceptacji związków homoseksualnych jako normalnej formy seksualności człowieka i możliwości ich prawnej legalizacji obserwujemy jednocześnie znacznie wyraźniejszą akceptację prostytucji i możliwości legalizacji tak zwanych agencji towarzyskich usługi te świadczących. Ponad połowa badanych (56%) uważa, że agencje towarzyskie (miejsca, w których pracują prostytutki, świadczące usługi seksualne za pieniądze) są potrzebne, a jeszcze więcej osób jest gotowych przyznać takim formom świadczeń status legalności (63%). Kontakt z prostytutką jawi się jako mniej zagrażający trwałości i stabilności związku niż posiadanie kochanka/kochanki. Legalna prostytucja zmniejsza także przestępczość seksualną i ryzyko zdrowotne związane z przygodnym kontaktem. Być może za znacznym odsetkiem osób opowiadających się za legalizacją prostytucji w agencjach towarzyskich stoją oprócz argumentów obyczajowo-moralnych, także argumenty natury ekonomicznej. Opinia publiczna coraz częściej jest bowiem konfrontowana z szacunkami strat ekonomicznych ponoszonych przez budżet państwa z tytułu nielegalnej i nieopodatkowanej działalności agencji. Przeciwno agencjom towarzyskim są przede wszystkim osoby związane z religią (są potrzebne: $r=-0,26$, powinny być zalegalizowane $r=-0,27$), nie mają natomiast większego znacznie zmienne społeczno-demograficzne. Istnieje także wyraźny związek między aprobatą dla agencji towarzyskich a wzorem własnego życia seksualnego. Sprzyja im szczególnie wzór częstego i zróżnicowanego życia seksualnego (są potrzebne: $r=0,38$, powinny być zalegalizowane $r=0,33$).

Zachowania erotyczne w miejscach publicznych

O ile normy odnoszące się do praktyk masturbacyjnych, homoseksualnych i określające stosunek do płatnej miłości są regulowane w naszym kraju przede wszystkim przez religię i moralność, istnieje wiele zachowań związanych z seksualnością i erotyką, które są aprobowane w różnym stopniu przez istniejące obyczaje. Zachowania te w odróżnieniu od poprzednich nie są całkowicie akceptowane lub odrzucane, ale na ogół oceniane w zależności od kontekstu, w jakim się pojawiają. Kluczem do ich oceny jest w znacznej mierze prywatność. Nagość, erotyzm czy nawet pewne „wyuzdanie” mogą być aprobowane w sytuacjach intymnych, będących udziałem dwojga partnerów, będą jednak oceniane jako niestosowne, nieprzyzwoite lub nawet wulgarne, gdy pojawiają się w miejscu publicznym. O ile większość badanych (69%) jest w stanie zaakceptować

objmowanie się, przytulanie się do siebie kobiety i mężczyzny w takich miejscach, jak ulice czy autobusy, również większość (70%) uważa za niestosowne namiętne całowanie się w tych samych miejscach, przy czym prawie co czwarta osoba uznaje takie zachowania za zdecydowanie niewłaściwe. Decydującą sprawą jest tu prawdopodobnie określenie pocałunku jako namiętneho, co budzi wyraźne skojarzenia z erotyką (podczas gdy przytulanie się może być tylko wyrazem czułości) i stwarza granicę między tym, co akceptowalne i nieakceptowalne.

Jeszcze więcej oporów budzą zachowania erotyczne w miejscach publicznych, jeżeli aktorami są osoby tej samej płci; namiętne całowanie się jest w takim przypadku negatywnie postrzegane przez blisko 90% badanych, a więc jest powszechne.

Osoby młodsze są bardziej tolerancyjne dla zachowań erotycznych kobiet i mężczyzn w miejscach publicznych; swoisty rygoryzm wzrasta tu z wiekiem ($r=0,21$). Obserwacje potoczne zresztą wskazują, że także osoby młode częściej w takich praktykach uczestniczą. Wynika to zarówno z faktu bardziej liberalnej obyczajowości, jak i ogólnie większej aktywności seksualnej, która też częściej się uzewnętrznia. Na problem ten zresztą warto także spojrzeć z punktu widzenia estetyki stosunków międzyludzkich. Starsza wiekiem para całująca się namiętnie na ulicy budziłaby prawdopodobnie nie tylko poczucie niestosowności, ale i nieestetyczności. To, co uchodzi pięknym i młodym, nie pasuje w społecznym odczuciu do starych. Na tej samej zasadzie łatwiej jest akceptować nagość, gdy towarzyszy jej uroda i młodość. Kwestia ta odzwierciedla więc coś więcej niż tylko stosunek do zachowań seksualnych.

Zachowania erotyczne w miejscach publicznych są także częściej uznawane za niewłaściwe przez osoby religijne ($r=0,20$). Sprzyjają temu – zgodne z przekazem Kościoła – bardziej tradycyjne wyobrażenia o przyzwoitości i większa wartość przyznawana skromności i powściągliwości.

Edukacja seksualna

Problemy edukacji seksualnej w Polsce były szczegółowo omawiane w pierwszej części tej pracy. Tu zostaną poruszone tylko w kontekście stopnia liberalizmu i otwartości naszego społeczeństwa na sprawy seksu. Stosunek do edukacji seksualnej, upowszechniania wiedzy na temat różnych aspektów seksualności człowieka, a więc jej zasadności, form, jakie powinna przyjmować,

i sposób postrzegania adresatów owego upowszechniania można bowiem traktować jako wskaźniki tej otwartości. Z jednej strony są to więc kwestie związane z szeroko dyskutowanym w Polsce problemem wychowania seksualnego w szkołach, z drugiej – przekazywania wiedzy na te tematy poprzez media, tak aby dotarły one do szerokiego grona adresatów – jak ma to miejsce na przykład w przypadku edukacji zdrowotnej. Ogólnie znacznie więcej osób opowiada się za wychowaniem seksualnym w szkołach (tak – 70%, raczej tak – 21%) niż w środkach masowego przekazu (w telewizji: tak – 38%, raczej tak – 39%). To powszechne przyzwolenie nie jest jednak jednolite, istnieją bowiem wyraźne różnice w stopniu akceptowanych treści, które powinny na owo wychowanie seksualne się składać.

Tematy, które potencjalnie mogłyby stać się przedmiotem edukacji, można sprowadzić do kilku głównych punktów:

- edukacja zapobiegająca negatywnym skutkom pożycia (niechciana ciąża, choroby przenoszone drogą płciową),
- psychoetyczny wymiar życia seksualnego (szacunek, pozytywne zaangażowanie partnerów),
- biologiczny aspekt życia seksualnego (rozwój człowieka, rozrodczość),
- religijny punkt widzenia (prokreacja jako cel życia seksualnego, wstrzeźmliwość do ślubu),
- wartości hedonistyczne związane z seksem (czerpanie radości, przyjemności z seksu).

Wybory respondentów wskazują, że największa zgoda panuje co do potrzeby edukacji dotyczącej niechcianej ciąży i chorób przenoszonych drogą płciową (ponad 70%), a następnie treści, które określiliśmy jako psychoetyczny wymiar życia seksualnego (47%) i jego aspekt biologiczny (44%). Wybór charakterystyczny dla religijnego punktu widzenia zaprezentowało 15,7% badanych, natomiast 24,7% wskazało na potrzebę dostrzegania i uczenia wartości hedonistycznych życia seksualnego. Rodzaje poszczególnych wyborów są przede wszystkim uzależnione od poziomu wykształcenia i stosunku do religii. Wykształcenie sprzyja bardziej zróżnicowanym wyborom. Im wyższy jego poziom, tym częściej dostrzega się potrzebę edukacji o takich sprawach, jak biologiczny aspekt życia seksualnego ($r=0,23$) i jego psychoetyczny wymiar ($r=0,22$). Wyższe wykształcenie zdaje się sprzyjać także wyborowi treści odnoszących się do

wymiaru hedonistycznego, choć zależność ta jest raczej śladowa ($r=0,14$). Osoby religijne z kolei wybierają przede wszystkim treści reprezentowane przez religijny punkt widzenia ($r=0,21$) lub też w ogóle są raczej przeciwne wychowaniu seksualnemu w szkołach ($r=-0,17$). Stosunkowo najrzadziej aprobowanymi treściami wychowania seksualnego przez tę kategorię osób są wartości hedonistyczne seksu – czerpanie zeń radości i przyjemności ($r=-0,19$).

Liberalizm versus rygoryzm

Analizowane dane dotyczące stosunku do różnych norm pokazywały wyraźnie, że poszczególne omawiane orientacje moralne i obyczajowe w sposób zbliżony pojawiały się w pewnych kategoriach społecznych. Cechami różnicującymi był tu najczęściej wiek, realizowany wzór życia seksualnego, religijność. Kolejne pytania, jakie warto sobie teraz zadać, to: czy i na ile poszczególne orientacje układają się w jakiś spójny wzór, a jeżeli tak, jakie cechy społeczne – niezależnie od siebie – taki wzór najlepiej wyjaśniają.

Analiza czynnikowa potwierdziła spójność opinii i ocen analizowanych aspektów życia seksualnego i stosunek do regulujących je norm. Pozwoliła ona na stworzenie zmiennej syntetycznej, odzwierciedlającej stopień liberalizmu w podejściu do norm regulujących wybrane aspekty życia seksualnego. Przedstawia ją tabela 16.

Tabela 16. Liberalizm w stosunku do norm otaczających życie seksualne

Oceny i opinie	Wartości ładunków czynnikowych*
Agencje towarzyskie są potrzebne	0,73
Agencje towarzyskie powinny działać legalnie	0,72
Osoby tej samej płci powinny mieć możliwość legalizacji związku	0,55
Kontakty seksualne wśród osób tej samej płci są normalne	0,51
Masturbacja jest dobrym sposobem na rozładowanie napięcia seksualnego	0,50
W telewizji powinny być audycje na temat wychowania seksualnego	0,49
W szkołach powinny być zajęcia z wychowania seksualnego	0,47
Masturbacja może prowadzić do zaburzeń psychicznych /zdrowotnych	-0,39

* Tabela przedstawia ładunki pierwszego, najbardziej ogólnego czynnika, wyjaśniającego 31% wariacji.

Spróbujmy teraz odpowiedzieć na drugie z postawionych pytań. Jakie cechy społeczne wyjaśniają w największym stopniu występowanie orientacji liberalnych czy rygorystycznych w stosunku do sfery seksu, a szczególnie odstępstw od typowości wyznaczanych przez odpowiednie normy (najwyższe ładunki czynnikowe)? Spośród analizowanych przez nas zmiennych dwie posiadają tu największe znaczenie: jest to realizowany wzór własnej seksualności oraz stosunek do religii. Znacznie mniejsza jest rola wykształcenia oraz wieku i zupełnie nieistotna rola płci oraz pochodzenia środowiskowego (wielkość miejsca zamieszkania). Stosowne wyniki (dla liberalizmu) ukazuje tabela 17.

Tabela 17. Zmienne społeczno-kulturowe wyjaśniające liberalizm w traktowaniu norm dotyczących życia seksualnego (wyniki analizy regresji wielorakiej)

Analizowane zmienne	Wagi beta
Realizowanie wzoru aktywnego zróżnicowanego życia seksualnego	0,306
Płeć (M=1, K=2)	-0,020
Wiek	0,069
Wykształcenie	0,103
Wielkość miejsca zamieszkania	0,018
Religijność	-0,299
Wartość R ²	0,274

W powyższym modelu realizację określonego wzoru życia seksualnego potraktowano jako zmienną niezależną. W rzeczywistości jednak zależność między realizowanymi zachowaniami a ocenami poszczególnych norm jest bardziej złożona i dwukierunkowa. Jak wspominaliśmy na wstępie tego rozdziału, istnieje niewątpliwie związek między liberalizmem w stosunku do norm i własnym życiem seksualnym odchodzącym od tradycyjnych standardów. Jednak także określony sposób postępowania może wpływać na rozluźnienie obowiązujących norm. Liberalizacji norm – choć już nie w takim stopniu – sprzyja wyższy poziom wykształcenia, co może wynikać z ogólnie wzrastającego poziomu tolerancji wobec różnego rodzaju odmienności wraz ze wzrostem wykształcenia.

W obronie rygoryzmu w stosunku do tradycyjnych norm regulujących życie seksualne występuje religijność i związek z Kościołem (uczestnictwo

w praktykach religijnych). Pokazuje to największą trwałość norm sformułowanych przez religię i podtrzymywanych przez Kościół. W świetle tych wyników osoby o różnej płci i wieku, wywodzące się z różnych środowisk społecznych, ale pozostające pod wpływem oddziaływania religii, będą w podobnym stopniu liberalne lub rygorystyczne w podejściu do norm odnoszących się do życia seksualnego. Rola posiadanego wykształcenia – aczkolwiek widoczna – nie jest najważniejsza.

Zdrowie – ciało – seks

Atrakcyjność fizyczna i zdrowie a seksualność

Zarówno zdrowie, atrakcyjność fizyczna, jak i określona świadomość swojego ciała mają istotny wpływ na życie seksualne. Co więcej, zależność ta wydaje się mieć charakter dwukierunkowy. Coraz więcej źródeł wskazuje, że udane, satysfakcjonujące życie seksualne jest istotnym składnikiem dobrego samopoczucia i zdrowia, a wiedza potoczna podpowiada, że wpływa ono korzystnie także na urodę i motywuje do dbania o nią. „Akt seksualny jest dużym wysiłkiem fizycznym. W kulminacyjnym momencie tętno dochodzi nawet do 160 uderzeń serca na minutę, a oddech przyspiesza kilkakrotnie. Kochając się, bardzo dotleniamy organizm. Rozluźniamy mięśnie, odprężamy się dzięki wydzielanym z mózgu endorfinom – działającym przeciwbólowo hormonom szczęścia. I wzmacniamy nasz układ odpornościowy. U kobiet aktywnych seksualnie maleje ryzyko wystąpienia osteoporozy” – powiedział znany seksuolog Zbigniew Lew-Starowicz „Newsweekowi” (nr 32 z 2002 roku).

Związek atrakcyjności fizycznej czy urody z seksualnością i erotyką, pomimo, a może właśnie dlatego, że wydaje się oczywisty, nie był przedmiotem wielu badań (Feingold 1992), przynajmniej w odniesieniu do „normalnych” czy „zwyczajnych” mężczyzn i kobiet. Prowadzone badania dotyczyły raczej osób znajdujących się w specyficznych sytuacjach, w których ich integralność cielesna

uległa naruszeniu i można było przypuszczać, że odbije się to niekorzystnie na ich funkcjonowaniu seksualnym. Badania takie dotyczyły więc na przykład osób, które zostały okaleczone w wypadkach, chorych na anoreksję czy kobiet po mastektomii. Nieliczne badania próbujące zmierzyć atrakcyjność fizyczną i seksualną w nieklinicznych populacjach koncentrowały się przede wszystkim na kobietach ze względu na stwierdzony empirycznie fakt (Feingold 1992; Buss 1994), że są one znacznie częściej oceniane ze względu na swój wygląd, a przy doborze partnerów uroda kobiety ma większe znaczenie dla mężczyzny niż odwrotnie. Niemniej jednak wiadomo, że atrakcyjność fizyczna i odpowiednia samoocena w tym względzie ma w przypadku obu płci wpływ przynajmniej na śmiałość w nawiązywaniu kontaktów seksualnych i stwarza więcej szans na ich nawiązywanie (Wiedermann, Hurst 1998). Troska o zdrowie i atrakcyjny wygląd ma więc w sobie zapewne nieraz podtekst seksualny.

Można założyć, że działania mające na celu zachowanie zdrowia i posiadanie atrakcyjnego ciała, mimo odmiennych motywacji, można rozpatrywać łącznie. Wszelkie zachowania prozdrowotne sprzyjają bowiem jednocześnie zachowaniu właściwych proporcji ciała i jego „zdrowego” estetycznego wyglądu. Odpowiednie odżywianie, aktywność fizyczna, higiena osobista, unikanie używek i ogólnie zdrowy tryb życia na pewno sprzyjają dobrej figurze, zdrowej cerze, włosom itp. Nie wyczerpują one oczywiście wszystkich możliwych sposobów dbania o atrakcyjność ciała; z pomocą przychodzi tu bowiem także kosmetyka, chirurgia plastyczna i wszelkiego rodzaju zabiegi upiększające. Tu oczywiście zbieżność aktywności nakierowanych na zdrowie i urodę może ulec zmniejszeniu. Niektóre techniki podnoszenia swojej urody mogą być bowiem inwazyjne lub wręcz szkodliwe, leki odchudzające, drakońskie diety, specyfiki pobudzające szybki przyrost mięśni, drenaż limfatyczny czy niekiedy powodujący infekcje piercing – mogą być tego przykładem. O ile jednak wzór dobrego zdrowia jest określony przez medycynę i samooceny stanu zdrowia mogą być w oparciu o ten wzór weryfikowane – kryteria urody podlegają zróżnicowaniu kulturowemu i różnym modom, a coraz szerszy wachlarz możliwych modyfikacji ciała zachęca do coraz dalej idących eksperymentów.

Ciało znajduje się obecnie w centrum zainteresowania. Uroki osobowości czy – jakby się to dawniej powiedziało – duszy zdają się schodzić na drugi plan. Pośpiech który zdominował współczesne życie, wymaga szybkich ocen; jeden

rzut oka wystarczy do oceny ciała, twarzy czy sylwetki; na ocenę „wnętrza” trzeba czasu. Także siebie samych oceniamy często po wyglądzie. Dodatkowo kilogramy, nowe zmarszczki, objawy łysienia są często przyczyną naszej troski i prowokują do podejmowania rozmaitych działań korygujących wygląd, gdyż nasze ciało w odbiorze społecznym mówi coś istotnego o nas. Jest więc ciało dziełem niedokończonym biologicznie i społecznie, jest realizowanym „projektem”, nad którym trzeba roztaczać kontrolę i pracować, aby wykreować swoją tożsamość (Shilling 1993). Trzeba więc uprawiać jogging, aerobik lub chodzić do siłowni, jeść zdrową żywność, relaksować się, rozumieć i odczuwać bodźce płynące z ciała.

Ciało jest nie tylko aktywnym środkiem poznania i doświadczania rzeczywistości, ale wizytówką naszych możliwości i naszego miejsca w świecie, modelowaną przez nas i traktowaną czasem całkiem instrumentalnie. Badacze kultury współczesnej zwracają uwagę na zjawisko fragmentaryzacji ciała; traci ono swoją integralność, składając się z wielu fragmentów nadających się do projektowania i zmiany (Jawłowska 2000). Można bowiem powiększyć biust, zlikwidować brzuch, wygładzić zmarszczki. Wiele z tych korektur ma wyraźne konotacje seksualne. Niektóre z nich ciągle mogą się wydawać u nas nieco szokujące. Jak podaje jednak brytyjski magazyn dla kobiet „Real Magazine” nr 16 z 2003 roku) operacje typu *genital surgery* nie należą już na Zachodzie do rzadkości. Poza znaną i dawniej rekonstrukcją błony dziewiczej coraz częściej wykonywane są operacyjne zabiegi mające na celu korygowanie kształtu i rozmiarów narządu płciowego. Zdaniem operowanych poprawiają one doznania seksualne i zwiększają poczucie seksualnej atrakcyjności.

Kontrolowanie i modyfikowanie ciała staje się wymogiem kultury szczególnie wyraźnie adresowanym do kobiet; wygląd ciała jest istotnym elementem osiągnięcia przez nie akceptacji społecznej. Zdarza się, że zależy od niego dobra praca, awans, szansa na małżeństwo. Atrakcyjność, podobnie jak status społeczny, staje się elementem w procesie wymiany społecznej. „Uroda, atrakcyjność fizyczna zapewnia miłość, szacunek i karierę”. Ale coraz częściej hasła te dotyczą także męskich ciał. I one także zaczynają podlegać specyficznym modom kreującym kanon ich urody i pożądany wizerunek. W miejsce muskularnego „macho” zaczyna się ostatnio pojawiać „efebowaty” młodzian o subtelnym rysach twarzy, gładkim, wydepilowanym torsie, szlachetnych dłoniach, gęstych

wypiełgnowanych włosach. Model ten, lansowany szczególnie wyraźnie w piśmie kobiecych, zdaje się bardziej poddawać kryteriom urody damskiej niż męskiej (Szlendak 2002). W kolorowych magazynach coraz częściej pojawiają się reklamy kosmetyków dla mężczyzn, specyfików, tradycyjnie adresowanych do kobiet. Tak więc liczne recepty zapewniające skuteczne sposoby samoulepszenia stają się coraz częściej elementem naszego życia, a już na pewno dominującym składnikiem naszego wizualnego otoczenia. Ogromną rolę odgrywają tu oczywiście media, narzucające określone standardy wyglądu zewnętrznego i urody ciała, a także sposoby na zatrzymanie zegara biologicznego, podnoszące atrakcyjność seksualną, choć nie zawsze zgodne z wymogami dobrego zdrowia.

Jak pokazują wyniki naszego badania, inwazyjne techniki podnoszenia atrakcyjności swojego ciała (na przykład interwencje chirurgiczne, przyjmowanie specyfików sterydowych) są u nas udziałem jedynie 2% ogółu badanych. Powszedniej stosowane są natomiast diety odchudzające, opalanie się w solarium, depilacja czy modne ostatnio tatuaże, które – o ile odpowiednio stosowane – w większości przypadków nie pozostają w wyraźniejszej sprzeczności z zachowaniami zdrowotnymi. Można więc założyć, że opalaniu w solarium będzie towarzyszyć aktywność fizyczna, właściwa dieta czy przyjmowanie witamin – a więc zachowania uznane za sprzyjające zdrowiu.

Realizacja zachowań prozdrowotnych

Mianem zachowań prozdrowotnych określa się wszystkie intencjonalnie podjęte działania jednostki, których celem jest utrwalenie lub podnoszenie potencjału zdrowia, niezależnie od jego skuteczności. Oczywiście, niezależnie od zachowań intencjonalnych, jednostki w życiu codziennym podejmują rozmaite inne działania, które także mogą mieć wpływ na zdrowie, choć nie towarzyszy im uświadomiony zamiar. Ich skutki dla zdrowia mogą być oczywiście pozytywne lub negatywne; w tym ostatnim wypadku chodzi o tak zwane czynniki i zachowania ryzykowne – nadużywanie alkoholu i używek, palenie tytoniu, otyłość czy nadmierny stres. Liczne badania, prowadzone na świecie od początku lat osiemdziesiątych, a poświęcone ustaleniu listy zachowań sprzyjających bądź zagrażających zdrowiu są na ogół zgodne jeśli chodzi o następujące pozycje: niepalenie

tytoniu, ograniczone spożywanie alkoholu, aktywność fizyczna, zdrowa zbalansowana dieta (ze szczególnym uwzględnieniem codziennego spożywania śniadania i niejedzenia między posiłkami), 7–8 godzin nocnego snu, unikanie stresu i umiejętność jego rozładowania, wykonywanie okresowych badań profilaktycznych. Do listy tej dodaje się także niejednokrotnie bezpieczne zachowania seksualne, umiarkowaną ekspozycję na słońce, stosowanie się do zasad bezpieczeństwa ruchu drogowego, wreszcie samobadanie ciała (samokontrola), na przykład piersi u kobiet (Ostrowska 1999).

Badania nad realizacją prozdrowotnego stylu życia w Polsce (zob. Ostrowska 1997; 2000) wskazują, że społeczeństwo nasze na ogół dobrze się orientuje w tym, co jest ważne dla zachowania zdrowia, jak również wyraża powszechne przekonanie, że zdrowie człowieka zależy w większym stopniu od jego sposobu życia niż od działalności medycyny. Jednak istnieją spore rozbieżności między tym, w co się wierzy, i tym, co się na co dzień realizuje (Ostrowska 1999). W reprezentacyjnym badaniu dorosłej ludności, realizacji zachowań wchodzących w skład prozdrowotnego stylu życia sprzyjały przede wszystkim młodszy wiek i relatywnie wyższe wykształcenie oraz, w nieco mniejszym stopniu, sytuacja materialna i wielkość miejsca zamieszkania (Ostrowska 2000). Wyraźny związek realizacji prozdrowotnych zasad życia z wiekiem skłania więc do przypuszczenia, że w analizowanym tu badaniu (przekrój wieku 15–49 lat) zachowania te będą się pojawiać z większą częstotliwością. W rozdziale tym przedstawimy dane ilustrujące praktyki nakierowane na zachowanie zdrowia i ich hipotetyczny związek z zachowaniami seksualnymi i ocenami różnych ich aspektów.

Na wstępie przyjrzyjmy się częstości realizacji poszczególnych praktyk mających związek ze zdrowiem w badanej przez nas populacji, w porównaniu z wynikami osiągniętymi w reprezentatywnym badaniu ogółu dorosłej ludności Polski (Ostrowska 2000). Wbrew naszym oczekiwaniom, nie można powiedzieć, że zachowania prozdrowotne populacji młodszej wiekiem kształtują się wyraźnie korzystniej. Poza aktywnością fizyczną i częstszymi wyjazdami wypoczynkowymi pozostałe pozycje kształtują się na zbliżonym poziomie. Nieco gorzej natomiast przedstawia się spożycie tak istotnych dla racjonalnego odżywiania artykułów, jak soki, owoce, surówki. Być może ma na to wpływ zdominowanie diety młodszych ludzi „fastfoodami” i napojami typu coca-cola,

rzadziej spożywanymi przez osoby w starszym wieku. W młodszej populacji częściej też spotykamy palaczy tytoniu. Niestety, dokonanie porównania nie było możliwe dla wszystkich analizowanych w roku 2001 zachowań.

Tabela 18. Częstość realizowania zachowań związanych ze zdrowiem (w procentach)

Zachowania i ich częstość	Badanie 1999 N=1323	Badanie 2001 N=3200
Badania kontrolne co najmniej raz w roku	24,7	23,2
Przyjmowanie witamin co najmniej kilka razy w tygodniu	19,2	21,3
Spożywanie surówek, owoców, soków co najmniej kilka razy w tygodniu	73,7	60,4
Mycie całego ciała co najmniej kilka razy w tygodniu	83,3	81,0
Ginekologiczne badania kontrolne kobiet co najmniej raz na pół roku	–	17,5
Samobadanie piersi przez kobiety co najmniej raz w miesiącu	29,9	39,1
Codziennie palenie papierosów	31,6	35,7
Kontakt z narkotykami (kiedykolwiek)	–	13,1
Aktywność fizyczna, sport co najmniej kilka razy w tygodniu	11,4	22,5
Utrzymywanie wagi ciała w normie (wg indeksu masy ciała BMI)*	60,1	66,7
Wyjazd na wypoczynek co najmniej tygodniowy w roku	30,5	43,0
Bezpieczny seks: zmiana zachowań na bezpieczniejsze		24,1
brak ryzyka w aktualnych zachowaniach (bez potrzeby zmian)		54,4

* Indeks masy ciała (BMI) jest pomiarem relacji wagi ciała do wzrostu. Przy ustalaniu przedziałów BMI posłużono się klasyfikacją GUS. Za wagę w normie przyjmuje się tu przedziały od 20,1 do 25,0, oraz 25,1 do 27. Wskaźniki poniżej i powyżej tych wartości są klasyfikowane jako niedowaga lub nadwaga i otyłość.

W kontekście zachowań zdrowotnych powiązanych z życiem seksualnym warto wspomnieć także o czynnikach związanych ze stosowaniem zasad bezpiecznego seksu. W grupie osób młodszych stwierdzono niższą znajomość czynników ryzyka HIV/AIDS niż w grupie starszych. (Na dziewięciopunktowej skali

odsetki prawidłowych odpowiedzi zawierających się w przedziale 7–9 wynosiły odpowiednio 53,8% i 61,6%). Jeżeli wziąć pod uwagę, że wśród osób czynnych seksualnie osoby młodsze relatywnie częściej miały stosunki z różnymi partnerami lub z osobami innymi niż stali partnerzy (odpowiednio 40,2% i 18%) kwestia znajomości zasad bezpiecznego seksu ma tu istotne znaczenie. Jednocześnie jednak osoby młodsze nieco częściej niż starsze posługiwały się w sytuacji „okazjonalnego” seksu prezerwatywami (72% i 62%).

Dane powyższe sugerują, że realizacja wzorów sprzyjających i ryzykownych dla zdrowia ma nieco inną zawartość i intensywność w obu grupach. Ludzie młodzi wykazują większą tendencję do zachowań w pewnym sensie ekstremalnych często realizują zachowania prozdrowotne i równie często stosują praktyki narażające zdrowie na szwank.

Poprawianie ciała

Przejdźmy teraz do problemów związanych bezpośrednio z troską i dbałością o ciało. Przedstawiliśmy już dane dotyczące aktywności fizycznej, należynej wagi ciała oraz codziennej higieny. Przyjrzyjmy się teraz wzajemnym proporcjom wagi i wzrostu charakteryzujących sylwetki badanych. Przynajmniej przede wszystkim należy więc stwierdzić, że zgodnie z potocznymi obserwacjami osoby młodsze, znajdujące się w wieku aktywności seksualnej (15–49), są ogólnie szczuplejsze od całej populacji Polaków. Szacunkowo nadwagę w całej populacji ma mniej więcej co czwarta osoba, natomiast w badanej zbiorowości tylko co szósta. Odwrotnie też przedstawiają się proporcje nadwagi wśród mężczyzn i kobiet. W badaniach wszystkich osób dorosłych częściej występuje ona wśród kobiet (GUS 1997), podczas gdy w zbiorowości w wieku 15–49 lat nadwaga występuje częściej wśród mężczyzn (13,7% i 23,8%). Kobiety, nie tylko rzadziej mają nadwagę, ale także częściej niedowagę. Znaczną niedowagę, ryzykowną dla zdrowia (wskaźnik poniżej 18 BMI), notujemy praktycznie tylko wśród młodych kobiet.

Granicą dzielącą badane osoby na szczuplejszych i, powiedzmy, „mniej szczupłych” jest orientacyjnie wiek 30 lat. Do 30. roku życia większość osób mieści się w niskich przedziałach BMI (do 25,0), po 30. roku życia – tylko około połowa.

Pomimo że przeciętny stosunek wagi ciała w stosunku do wzrostu przedstawia się korzystniej wśród osób młodszych, to jednak ze zbliżoną do osób starszych częstotliwością podejmują one działania, które można określić jako intensywne odchudzanie się (13,7% i 11,7%). Spośród innych sposobów dbania o urodę ciała warto wymienić opalanie się w solarium. Czynności tej poddaje się orientacyjnie co piąta osoba w starszej grupie i nieco częściej niż co czwarta w młodszej grupie wieku. Także osoby młodsze wykonują nieco częściej depilację owłosienia w okolicy narządów płciowych (27,4% oraz 21,1%). Czynność ta niekoniecznie musi mieć konotacje seksualne, może się wiązać zarówno z podnoszeniem atrakcyjności ciała dla celów seksualnych, jak i estetyką związaną choćby z noszeniem kostiumu typu bikini. Także tatuaże na różnych częściach ciała są preferowane przez osoby w wieku 15–19 lat. Wśród osób starszych orientacyjnie co dwudziesta osoba ozdobiona była tatuażem, natomiast w młodszej grupie – mniej więcej co dwunasta. Do młodzieżowych kanonów zdobienia ciała należą także kolczyki umieszczane w różnych miejscach (na wargach, języku, w brwiach, w pępku, na torsie, a nawet na sukach). Modzie tej hołdowała prawie co dziesiąta osoba z analizowanej grupy młodszych, natomiast nie pojawiały się one praktycznie u osób po 30. roku życia. Zarówno tatuaże, jak i kolczyki (*piercing*) zyskują sobie jednak rosnącą popularność i można wnosić, że od czasu realizacji naszego badania liczba ich zwolenników się powiększyła. Nie bez znaczenia dla krzewienia tej mody stały się wzory płynące od takich gwiazd i ulubieńców mediów, jak Michał Wiśniewski, Liroy czy Przemysław Saleta, lub wcześniej Madonna, Britney Spears czy Janet Jackson.

Większość Polaków jest zadowolona ze swojego wyglądu, atrakcyjności fizycznej, urody i pod tym względem nie ma w zasadzie różnic między młodszymi i starszymi. Jako bardzo dobrą oceniło swoją powierzchowność 6% badanych, jako dobrą 35%, a jako raczej dobrą 40%. Charakterystyczne jest przy tym, że tylko 1% ocenia swój wygląd jako zły; pozostałe osoby wstrzymały się od odpowiedzi. Fakt, że widzimy się na ogół jako osoby atrakcyjne fizycznie, nie oznacza oczywiście, że nie chcielibyśmy w naszym wyglądzie czegoś zmienić, gdyby to było możliwe. Ponownie, więcej pożądanых interwencji we własny wygląd obserwujemy wśród osób w wieku 15–19 lat niż wśród starszych, choć w większości przypadków różnice są bardzo niewielkie.

Tabela 19. Pożądane zmiany w wyglądzie, „gdyby to było możliwe” (N=3200, w procentach)

Rodzaj zmiany	15–19 lat	20–49 lat
Poprawić wygląd, rysy twarzy	16,0	12,0
Poprawić kształt biustu (% kobiet)	20,9	18,6
Powiększyć długość członka (% mężczyzn)	8,2	10,4
Mieć zgrabniejsze nogi	20,5	12,4
Schudnąć	29,2	32,1
Przytyć	12,0	7,9
Zmienić wzrost	18,3	8,4
Poprawić jakość włosów	19,7	16,7

Warto dodać, że wśród osób młodszych tylko 24,5% nie chciało wprowadzić żadnych zmian w swoim wyglądzie, podczas gdy wśród starszych było ich 31,4%. Z kolei więcej niż dwa elementy chciałoby poprawić 35,5% młodszych i 24,9% starszych. Reasumując można powiedzieć, że osoby młodsze są bardziej krytycznie nastawione do swoich ciał (choć są to oczywiście ich subiektywne oceny) i podejmują też więcej działań mających na celu poprawę wyglądu. Można sądzić, że krytycyzm ten jest nie tyle odbiciem obiektywnej sytuacji (statystycznie rzecz biorąc ciała osób młodszych przedstawiają się wszak lepiej niż ciała osób starszych), ile raczej wskazuje na znacznie silniejszą wśród młodszej generacji presję wzoru kulturowego dowartościowującego idealne, wymodelowane ciała. Z wiekiem zaabsorbowanie urodą cielesną zmniejsza się, aby znów nieco wzrosnąć przy zaobserwowaniu pierwszych symptomów starzenia się. Z czasem zaczyna się więc częściej myśleć o poprawie wyglądu twarzy (zmarszczki) i schudnięciu.

Wzór kulturowy skłaniający do dbałości o wygląd czy urodę ciała daje o sobie znać znacznie wyraźniej wśród kobiet niż mężczyzn w obu analizowanych grupach wieku. Poza atrybutami w sposób oczywisty dotyczącymi jednej płci (długość członka, kształt piersi), widać to głównie w takich kategoriach, jak potrzeba zmniejszenia wagi ciała (schudnięcia), posiadania zgrabniejszych nóg czy poprawy jakości włosów. Natomiast mężczyźni, zwłaszcza młodszy, nieco częściej chcieliby zmienić swój wzrost – a więc jak można sadzić – podwyższyć, a także poprawić rysy twarzy.

Spójność zachowań na rzecz zdrowia i ciała

Oczywiście zarówno zachowania związane ze zdrowiem, jak i z ciałem podlegają zmianom nie tylko z wiekiem; różnicują je także inne społeczne parametry. One same między sobą pozostają także w pewnym związku, rzadko kiedy pojawiają się bowiem w charakterze wyizolowanych działań. Pojawia się więc pytanie o konfiguracje, w jakich się najczęściej pojawiają. Tabele 20–21 przedstawiają grupy poszczególnych zachowań wyodrębnione na podstawie analizy czynnikowej*. Zgodnie z założeniem wykonane one zostały rozłącznie dla obu wyodrębnionych grup wieku. W oparciu o wyniki analizy korelacji dla obu grup, wybrano nieco inne zestawy zmiennych do dalszych analiz.

Tabela 20. Wzory i oceny dbania o zdrowie i ciało w grupie wieku 15–19 (wyniki analizy czynnikowej; N=415)

Czynności, oceny	Czynnik 1	Czynnik 2	Czynnik 3	Czynnik 4
Ocena stanu zdrowia	–	0,43	0,38	–
BMI	–0,52	–	–	–
Branie witamin	–	–	0,43	–
Spożywanie soków, owoców, surówek	–	–	0,74	–
Mycie całego ciała	0,42	–	–	–
Ocena wyglądu	–	0,89	–	–
Ocena samopoczucia	–	0,75	–	–
Aktywność fizyczna	–	–	0,61	–
Opalanie się w solarium	0,59	–	–	–
Depilacja	0,73	–	–	–
Palenie tytoniu	–	–	–	0,81
Używanie narkotyków	–	–	–	0,78

Uwaga. Procent wyjaśnionej wariancji = 46,5. W tabeli zamieszczono ładunki powyżej 0,38.

*Przeprowadzono analizę głównych składowych z rotacją Varimax. Do analiz tych zakwalifikowaliśmy 11 zmiennych dla osób starszych i 13 zmiennych dla osób młodszych. Dodatkowe zmienne w drugim przypadku to: palenie papierosów i kontakt z narkotykami. Nie korelowały one w wyraźniejszy sposób z pozostałymi zmiennymi w starszej grupie wieku.

Tabela 21. Wzory i oceny dbania o zdrowie i ciało w grupie wieku 15–49 lat (wyniki analizy czynnikowej; N=2156)

Czynności, oceny	Czynnik 1	Czynnik 2	Czynnik 3
Ocena stanu zdrowia	0,67	–	–
Badania kontrolne	–	0,69	–
BMI	–		–0,64
Branie witamin	–	0,62	–
Spożywanie soków, owoców	–	0,62	–
Mycie całego ciała	–	0,49	–
Ocena wyglądu	0,70	–	–
Ocena samopoczucia	0,78	–	–
Aktywność fizyczna	0,46	–	–
Opalanie się w solarium	–	–	0,64
Depilacja owłosienia	–	–	0,66

Uwaga. Procent wyjaśnionej wariancji = 45,9. W tabeli zamieszczono ładunki powyżej 0,40.

Wyodrębnione czynniki przedstawione w obu tabelach pokazują, że zmienne, za których pomocą charakteryzowaliśmy stosunek do zdrowia i ciała, są heterogeniczne i nie dają się całkowicie sprowadzić do „jednego mianownika”. Działania nakierowane na zdrowie i działania na rzecz atrakcyjnego wyglądu są od siebie niezależne.

Wśród osób młodszych największą moc wyjaśniającą ma czynnik, który wyznaczają działania na rzecz „zewnętrznych” atrybutów ciała: szczupła sylwetka, opalona, czysta skóra, depilacja niechcianego owłosienia. Kolejny czynnik skupia w sobie ogólne zadowolenie z samopoczucia, wyglądu i zdrowia, przy czym nie jest ono wspierane działaniami na rzecz zdrowia czy wyglądu. Jest to więc czynnik naturalnego, lecz biernego zadowolenia z tego, co się ma. Czynnik trzeci konstruuje zmienne z listy prozdrowotnego stylu życia: częste spożywanie soków, owoców, surówek, w połączeniu z aktywnością fizyczną. I wreszcie czwarty czynnik – to współwystępujące ze sobą zachowania ryzykowne czy wręcz szkodliwe dla zdrowia, a więc palenie papierosów i eksperymenty z narkotykami*.

*W rozdziale niniejszym traktujemy palenie papierosów i używanie narkotyków z punktu widzenia ich związku ze zdrowiem. Są one jednak także (szczególnie dla osób młodych) wyrazem ich ogólniejszego stylu życia i elementem podkultury, pod której wpływem się znajdują. Podobnie dwoistą rolę odgrywa tu aktywność fizyczna – uprawianie sportu i intensywnych ćwiczeń fizycznych. Zmienne te zostaną ponownie włączone do analizy w rozdziale poświęconym życiu seksualnemu na tle szerszych orientacji życiowych i ocen życia.

Zachowaniom tym nie towarzyszą żadne inne, które mogłyby jednocześnie charakteryzować pozytywny stosunek do zdrowia czy ciała.

Wśród starszych respondentów największą moc wyjaśniającą ma czynnik samozadowolenia ze zdrowia i wyglądu, jednak nie jest charakteryzowany przez bierną postawę do powyższych atrybutów, jak miało to miejsce wśród osób w wieku 15–19 lat. Towarzyszy mu bowiem uprawianie sportu lub intensywnych ćwiczeń fizycznych. Czynnik drugi reprezentuje troskę o zdrowie przejawiającą się w stosowaniu wskazań właściwego odżywiania, higieny osobistej, ale także korzystaniem z profilaktyki medycznej. Wykonywanie kontrolnych badań medycznych z własnej inicjatywy (niezlecanych przez lekarza) jest czynnością niemal niepojawiającą się w młodszej grupie wiekowej. Ostatni, a więc proporcjonalnie nieco słabszy w tej grupie czynnik, tworzą zmienne, które w przypadku osób młodszych wysuwały się na pierwszy plan, a więc czynnik charakteryzujący troskę o zewnętrzne atrybuty ciała.

Spoleczna lokalizacja wzorów dbania o zdrowie i ciało i ich związek z życiem seksualnym

W tym miejscu warto postawić dwa kolejne pytania: jak poszczególne wzory dbania o zdrowie i ciało lokują się w strukturze demograficznej i społecznej badanej populacji oraz czy istnieje związek między nimi a zachowaniami, doświadczeniami i satysfakcjami związanymi z życiem seksualnym. Przyglądając się odpowiednim współczynnikom korelacji widzimy, że występowanie poszczególnych wzorów w odmiennym stopniu daje się wyjaśnić cechami demograficznymi czy położeniem społecznym. Niemal nie ma tego rodzaju korelatów wzór, który określiliśmy jako zgodny z zaleceniami prozdrowotnego stylu życia, obecny i zbliżony do siebie w obu grupach wieku (pominięty z tego powodu w tabeli 22). Interesująco natomiast przedstawiają się dane na ten temat dla pozostałych wyodrębnionych wzorów.

Analiza danych tabel 21 i 22 pozwala wyciągnąć trzy wnioski natury ogólnej. (1) Zachowania związane ze zdrowiem i ciałem są wśród młodzieży w znacznie wyraźniejszym stopniu powiązane z życiem seksualnym, niż ma to miejsce w starszych grupach wieku. Młodzież w okresie dojrzewania znacznie bardziej

żyje problemami seksu i atrakcyjności dla płci przeciwnej i przez ten pryzmat postrzega różne codzienne aktywności. Wynik ten jest zgodny z wynikami badań zagranicznych, które wskazują, że młodzież więcej myśli o seksie, niż dorośli chcieliby to przyznać. (2) Zachowania nakierowane na zewnętrzne atrybuty ciała wśród osób dorosłych stają się w znacznej mierze autoteliczne. Wprawdzie zróżnicowane ze względu na ich społeczno-demograficzną lokalizację, nie mają związku z życiem seksualnym i pożądaną atrakcyjnością z nim związaną. (3) Zwraća uwagę wszechstronny związek zachowań ryzykownych (papierosy, narkotyki) z intensywnością życia seksualnego młodzieży.

Tabela 22. Korelaty wzorów zachowań związanych ze zdrowiem i ciałem (współczynniki korelacji r Pearsona)

Analizowane zmienne	Wzory				
	zewnętrzne atrybuty ciała	zadowolenie ze stanu obecnego	ryzykowne (używki)	zewnętrzne atrybuty ciała	zadowolenie ze stanu obecnego
	15–19 lat	15–19 lat	15–19 lat	20–49 lat	20–49 lat
Płeć (M=2 K=1)	-0,62	–	0,19	-0,43	0,14
Wiek	0,16	-0,12	0,29	-0,36	-0,27
Wykształcenie	0,15	–	0,13	0,19	0,13
Miejsce zamieszkania	0,15	–	0,12	0,12	–
Stosunek do religii	–	–	-0,32	–	–
Odbycie stosunku	0,20	0,17	0,41	–	–
Wiek pierwszego stosunku	0,15	–	-0,28	–	–
Liczba partnerów (w życiu)	–	0,17	0,42	–	–
Częstotliwość stosunków	0,24	–	0,44	–	0,15
Stały partner (partnerzy)	0,23	0,15	0,38	–	–
Czy seks jest ważny	–	–	0,21	–	0,24
Ocena swojego życia seksualnego	0,24	0,29	0,13	–	0,43

Przejdźmy teraz do wniosków bardziej szczegółowych. W przypadku obu grup wieku dbałość o zewnętrzne atrybuty ciała jest przede wszystkim domeną kobiet. Mężczyźni natomiast, co jest widoczne w starszej grupie wiekowej, mają raczej tendencję do samozadowolenia. Zadowolenie to jednak wyraźnie

maleje z wiekiem. Trosce o zewnętrzne atrybuty ciała sprzyja posiadanie relatywnie wyższego wykształcenia. Zależność ta jest wyraźniejsza w starszej grupie wieku, ale pamiętajmy, że młodzież w wieku 15–19 lat często jeszcze się uczy i nie osiągnęła planowanego pułapu wykształcenia.

Istotnym składnikiem dobrego samopoczucia i zadowolenia z siebie jest pozytywna ocena swojego życia seksualnego, widoczna w obu porównywanych grupach, choć silniejsza wśród osób relatywnie starszych. Z kolei w grupie młodszej wyraźniejszą rolę niż w starszej odgrywa częstotliwość odbywanych stosunków seksualnych. Być może w młodzieżowej podkulturze seksualnej ilość życia seksualnego i jego jakość mają podobną wagę.

Na specjalną uwagę zasługuje tu jednak występujący wśród młodzieży wzór łączący dość intensywne życie seksualne z paleniem tytoniu i zainteresowaniem narkotykami. Wzór ten jest realizowany częściej przez młodzież płci męskiej raczej w wieku 17–19 lat niż 15–16. Wyraźnie częściej są to też osoby niewierzące i niepraktykujące. Ich życie seksualne charakteryzuje raczej wczesna inicjacja seksualna, spore już doświadczenie, duża liczba partnerów i znaczna częstotliwość odbywanych stosunków. Życie seksualne i doznania z niego czerpare są dla nich ważne, ale ocena swojego życia seksualnego raczej niższa niż wśród młodzieży realizującej pozostałe wzory. Zawartość przedstawionego tu wzoru sugeruje, że warto rozpatrywać go raczej w kontekście specyficznej podkultury niż zachowań związanych ze zdrowiem, choć oczywiście reprezentowany tu styl życia ma niewątpliwie określone konsekwencje dla zdrowia. Do kwestii tej wrócimy jeszcze w dalszej części tej pracy.

Analizując związki między zachowaniami zdrowotnymi i specyficznymi cechami życia seksualnego warto jeszcze zadać pytanie o współwystępowanie wyodrębnionych wcześniej całościowych (czynnikowych) wzorów zachowań seksualnych z przedstawianymi w tym rozdziale wzorami dbałości o zdrowie i troski o wygląd ciała. Przedstawia je tabela 23.

Związki poszczególnych wzorów wydają się zgodne z oczekiwaniami; można mówić o pewnej spójności wzorów zachowań seksualnych ze stosunkiem do zdrowia i ciała. Związek ten jest bardziej wszechstronny i zróżnicowany wśród osób młodszych. W przypadku tych, których wzory życia seksualnego określiliśmy jako seks stabilny, „małżeński” (1), dominuje postawa zadowolenia ze swojej sytuacji zdrowotnej i wyglądu, niewspierana wyraźniejszymi aktywnościami

na rzecz kultywowania tychże. Stabilizacja daje więc znać o sobie zarówno w odniesieniu do praktyk seksualnych, jak i prozdrowotnych. Wzór wysokiej aktywności seksualnej jest najbardziej zbieżny z ryzykownymi zachowaniami otaczającymi zdrowie (papierosy, narkotyki). Także osoby doświadczające trudności seksualnych zbliżają się do podkultury ryzykownych zachowań, choć związek jest tu mniej wyraźny. Pojawia się wśród nich natomiast tendencja do dbałości o zewnętrzne atrybuty ciała, być może nakierowana także na zwiększenie swojej atrakcyjności dla płci przeciwnej, w sytuacji gdy nie jest się pewnym swoich możliwości seksualnych. Wzór romantyczny (pierwszy partner z towarzyszącym uczuciem miłości), który – jak pamiętamy, był najczęściej realizowany przez młode kobiety – zwykle współwystępuje z dbałością o ciało. Charakterystyczną jego cechą jest też odrzucenie zachowań ryzykownych (używek).

Tabela 23. Wzory zachowań seksualnych a wzory zachowań związanych ze zdrowiem i ciałem

Wzory zachowań seksualnych	Wzory zachowań związanych ze zdrowiem i ciałem				
	zewewnętrzne atrybuty ciała	zadowolenie ze stanu obecnego	ryzykowne (używkii)	zewewnętrzne atrybuty ciała	zadowolenie ze stanu obecnego
	15–19 lat	15–19 lat	15–19 lat	20–49 lat	20–49 lat
1	0,19	0,27	0,02	–	–
2	0,08	0,02	0,31		
3	0,18	–0,13	0,27		
4	0,28	–0,04	–0,34		
1				0,03	0,53
2				–0,03	0,05
3				0,12	–0,20

W populacji osób dorosłych – podobnie jak wśród młodzieży – zachowaniom seksualnym typu małżeńskiego wyraźnie towarzyszy zadowolenie ze stanu obecnego i brak wyraźniejszych działań na rzecz zdrowia i ciała. Zależność ta jest jeszcze wyraźniejsza ($r=0,53$). Nie są zadowolone natomiast z tego stanu osoby, których wzór zachowań seksualnych zdominowały trudności. Nie zanotowano natomiast w przypadku osób starszych zależności między działaniami na rzecz zdrowia i ciała a wysoką aktywnością seksualną.

Seks a czas wolny

Seksualność, stanowiąca istotną składową więzi międzyludzkich, ma tym samym doniosły wpływ na kształt relacji między ludźmi. Nie jest on oczywiście identyczny w różnych układach osobniczych. Różne wartości przydawane życiu seksualnemu, normy, formuły obyczajowe i wzory z nim związane kreują odmienne związki, różniące się stopniem osiąganego bliskości, wyłączności uczuć, wspólnoty zainteresowań czy zakresem partnerstwa rozciągającego się na inne sfery życia. W sumie jednak elementy seksualności są obecne w podtekście wielu, także z pozoru aseksualnych kontaktów społecznych. Poczynając od oczywistego układu małżeńskiego czy partnerskiego, pojawiają się w pracy zawodowej, na wczasach, w aktywnościach czasu wolnego, w życiu towarzyskim, a nawet w relacjach między klientami a świadczącymi usługi – w sklepie, u fryzjera czy w urzędzie. Choćby w ten sposób nawiązywane są na ogół kontakty prowadzące do aktów seksualnych. Wiedza potoczna podpowiada ponadto, że istnieją specyficzne „miejsca” czy „okazje”, które zdają się życiu seksualnemu szczególnie sprzyjać. Za takie uchodzą choćby dyskoteki czy wczasy.

O ile jednak elementy seksualności mogą się pojawiać w bardzo różnych sytuacjach społecznych, funkcje hedonistyczne życia seksualnego sprawiają, że w strukturze czasu mieści się ono raczej po stronie przyjemności, relaksu i czasu

wolnego niż pracy i obowiązków (choć bywa oczywiście i tak, że współzycie jest traktowane jako obowiązek).

W rozdziale tym chcielibyśmy zatem przyjrzeć się miejscu, jakie życie seksualne zajmuje wśród aktywności czasu wolnego, a także zastanowić się, czy opisanym wcześniej wzorom życia seksualnego towarzyszą jakieś specyficzne wzory tych aktywności i preferencje z nimi związane. Byłaby to próba odpowiedzi na pytanie o miejsce życia seksualnego w różnych specyficznych podkulturach spędzania wolnego czasu.

W badaniach poświęconych analizie wolnego czasu utożsamia się go często z różnymi formami uczestnictwa w kulturze i konsumpcją kulturalną. Tradycyjnie więc bierze się pod uwagę czytelnictwo książek i prasy, oglądanie telewizji, chodzenie do kina, teatru, na wystawy, koncerty, dyskoteki itd. Badania takie orientują się przede wszystkim na ustalenie stopnia upowszechnienia wartości kulturalnych w społeczeństwie i różnicowania społecznego w tym względzie (Wojciechowska 1977; Małachowska 1989). Nie wyczerpuje to oczywiście wszystkich aktywności w czasie wolnym od pracy i obowiązków. Poza wszelkiego rodzaju imprezami o charakterze towarzyskim, ludzie coraz częściej spędzają wolny czas w centrach handlowych (niekoniecznie robiąc niezbędne zakupy), przesiadują w pubach, klubach czy w komputerowo wykreowanej wirtualnej rzeczywistości, ćwiczą w siłowniach, po prostu przebywają na ulicach lub też poświęcają czas na bierny odpoczynek. Można oczekiwać, że wszystkie te działania – zarówno związane z konsumpcją kulturalną, jak i z nią niezwiązane – układają się w pewne spójne całości, charakterystyczne dla różnych grup i środowisk i jako takie zasługują na interpretację socjologiczną. Są one także elementami mniej lub bardziej świadomie dokonywanych wyborów i – zgodnie z koncepcją „homo eligens” (Siciński 2002) – składają się na style życia jednostek czy całych zbiorowości. Dla nas są one także interesujące ze względu na różnego rodzaju inspiracje i okazje seksualne potencjalnie w nich zawarte, a także możliwości rozpatrywania zachowań seksualnych w kontekście innych aspektów stylu życia i konsumpcyjnych orientacji kultury współczesnej.

Perspektywa taka jest uzasadniona coraz bardziej konsumpcyjnym stosunkiem do życia, „kulturą konsumpcji”, w której ramach gromadzeniu wszelkich dóbr towarzyszy gromadzenie wszelkiego rodzaju przyjemności. W związku ze wspomnianym już specyficznym stosunkiem do ciała, traktowanego jako

aktywny podmiot doświadczania rzeczywistości – ono także staje się konsumentem. Ma prawo nie tylko do wypoczynku i regeneracji, ale i do swoich upodobań i przyjemności. Rola seksu i doznań cielesnych staje się wszechobecna w mediach; trudno dziś iść do kina, oglądać telewizję czy czytać czasopisma, aby nie napotkać spraw seksu. Na wszelkie sposoby wdziera się do różnych codziennych aktywności, nieraz dziwiąc i bulwersując*, ale także doprowadzając do zmian realizowanych stylów życia.

Rozwój technologiczny i postępująca globalizacja sprawiają jednocześnie, że zwiększa się wachlarz dostępnych możliwości, mających na celu usatysfakcjonowanie różnych gustów w dziedzinie konsumpcji kulturalnej, coraz to nowych formach aktywności fizycznej, upodobań w sposobie ubierania się, jedzenia, a także rosnącej różnorodności zachowań otaczających życie seksualne. Publikacje erotyczne, seksshopy, agencje towarzyskie, środki pobudzające erekcję i kolorowe, pachnące prezerwatywy są już trwałym elementem seksualności wielu osób. Coraz większe możliwości wyboru stymulują nowe aktywności. Wszystko prowadzi do dywersyfikacji i wielości współlistniejących scenariuszy życia seksualnego.

Przenikanie treści seksualnych do naszego życia, seksualizacja kultury masowej i jej wpływ na upodobania, preferencje i aktywność są niewątpliwie obszernymi tematami, godnymi odrębnego badania empirycznego. Pytanie, na które będziemy się starali odpowiedzieć w oparciu o dane, jakimi dysponujemy, to: kto i w jakim stopniu korzysta z różnorodności ofert spędzania wolnego czasu, a także na ile dokonywane wybory korespondują ze wzorami realizowanego życia seksualnego. Niewątpliwie istotnym czynnikiem jest tu wiek; we wszystkich czasach styl życia i rozrywek młodzieży odbiega od stylu życia i rozrywek ludzi dojrzałych czy starszych. Będziemy się jednak także starali znaleźć inne społeczne wyróżniki tych aktywności. Analiza z konieczności będzie ograniczona – problemy aktywności czasu wolnego nie znajdowały się w centrum uwagi omawianego tu badania. Mamy nadzieję jednak, że wskażą one pewien ciekawy kierunek dalszych dociekań i dostarczą hipotez do dalszych badań.

* Na przykład dla wielu widzów telewizyjnego programu „Big Brother” zaskakujący i bulwersujący był fakt uprawiania „na żywo” seksu, poprzedzonego zaawansowanymi pieścotami i wspólną kąpielą w wannie przez dwoje uczestników tego programu (TVN, marzec 2002). Zdjęcia kopulującej pary były następnie opublikowane w prasie i Internecie.

Aktywność w czasie wolnym i związane z nią preferencje

Zanim przejdziemy do poszukiwania związków między gustami i upodobaniami w czasie wolnym a wzorami seksu, spróbujemy najpierw wyodrębnić niektóre typowe zamiłowania i sposoby spędzania czasu wolnego od pracy.

Jedną z nowych jakości stwarza niewątpliwie komputeryzacja i dostęp do Internetu; „surfowanie”, „czatowanie”, internetowa korespondencja ze znajomymi i nieznajomymi czy nawet robienie zakupów stają się coraz powszechniejszymi formami spędzania czasu i relacji między ludźmi. Niejednokrotnie treścią tych kontaktów są sprawy związane z seksualnością. Poprzez Internet można nawiązać kontakty, porozmawiać anonimowo o intymnych sprawach, a nawet obejrzeć pornografię. Prawie połowa Polaków w badanym przez nas przedziale wieku ma dostęp do komputera, a ponad jedna trzecia – Internetu. Zdecydowanie częściej są to osoby mające relatywnie wyższe wykształcenie ($r=0,36$) oraz osoby młodsze ($r=-0,28$), często jeszcze się uczące ($r=0,34$). Wyraźny jest także związek korzystania z Internetu z wykształceniem ojca ($r=0,39$), co jest szczególnie ważne w przypadku osób jeszcze się uczących, które nie osiągnęły docelowego poziomu wykształcenia. Świadczy to jednocześnie o wadze specyficznej, zorientowanej komputerowo socjalizacji, która ma miejsce w rodzinach o dłuższej tradycji wyższego wykształcenia.

Częstym, regularnym „czatowaniem” zajmuje się 7% osób, aczkolwiek doświadczenia tego typu ma więcej, bo łącznie 22% osób. Wydaje się przy tym, że popularność tego rodzaju aktywności stale wzrasta. Odpowiedź na pytanie, kto czatuje i dlaczego, daje nam pośrednio informację o rozprzestrzenieniu i przedmiocie czatów. Są to więc przede wszystkim ludzie młodzi, przeciętnie młodszy od pozostałych użytkowników Internetu, przeważnie uczniowie i studenci. Znaczna większość entuzjastów czatowania (76,4%) nie przekroczyła jeszcze 25. roku życia. Są to przede wszystkim młodzi mieszkańcy miast; 90% mieszkańców wsi nigdy nie zetknęło się z tą formą aktywności. Najczęściej wymienianą atrakcją tego rodzaju kontaktów jest szansa porozmawiania z ciekawymi ludźmi (34,2%), fakt że w prowadzonych rozmowach i dyskusjach można pozostać anonimowym (24,3%), oraz że można porozmawiać na wstydliwe tematy (24,2%). O szansach

na znalezienie bratniej duszy czy miłości wspomina 10,3%, a 5,3% mówi bezpośrednio o swobodnej rozmowie na temat seksu. Zainteresowanie miłością, erotyką i intymnymi problemami z nimi związanymi przewija się więc wyraźnie wśród wskazanych motywów. Seks na „czatach”, jak zresztą w ogóle spędzanie czasu na czatowaniu, jest czynnością, która w sposób wyraźny wyróżnia młodsze pokolenie od starszego. Istotne są przy tym także cechy związane z pozycją społeczną.

Innym, bardziej tradycyjnym sposobem pozyskiwania wiadomości i różnego rodzaju informacji jest czytelnictwo gazet i czasopism. Czyta je codziennie 37% osób, a co najmniej raz na tydzień – 43%. Nie czyta wcale 5%. Jedynie poziom wykształcenia sprzyja częstszemu czytelnictwu prasy ($r=0,22$), poza tym jest ono w miarę równomiernie rozłożone jeśli chodzi o inne cechy społeczno-demograficzne czytelników. Nie mamy niestety informacji na temat czytelnictwa wszelkiego rodzaju magazynów erotycznych. Wiemy jednak, że kontakt z publikacjami pornograficznymi w ogóle miała co trzecia badana osoba, a 8% osób badanych uznało je za „ulubione”.

Niemal wyłącznie domeną ludzi młodych jest spędzanie czasu w dyskotekach ($r=-0,57$). Podobnie jak w przypadku „czatowania”, są to przeważnie uczniowie i studenci ($r=0,41$). Przynajmniej raz w tygodniu uczęszcza do nich 6% osób, a kilka razy w miesiącu 16% badanych osób, i są to niemal wyłącznie osoby poniżej 25. roku życia. Dyskoteki, w odróżnieniu od zajęć przy komputerze, cieszą się niejednokrotnie złą sławą wśród pewnej części przedstawicieli starszego pokolenia. Kojarzą się z nadmierną seksualnością czy wręcz pewnym rozpasaniem, ze wszelkiego rodzaju używkami, a szczególnie narkotykami. Jak pamiętamy, w badanej populacji 13% miało kontakt z narkotykami, najczęściej z marihuaną i amfetaminą. Były to głównie osoby poniżej 25. roku życia, zamieszkałe w miastach i aktywne seksualnie. Tu warto dodać jeszcze, że faktycznie istnieje pewien związek między częstością odwiedzania dyskotek a używaniem narkotyków ($r=0,19$)

Kolejną cechą, wyraźnie różnicującą pokolenie „młodych” od pokolenia „średnich”, a zapewne także starszych nieobjętych naszym badaniem, są upodobania związane z muzyką, której się słucha. Ze słuchaniem różnych rodzajów muzyki łączą się różne doznania i odczucia, różne mogą być także jej funkcje i potrzeby, które zaspokaja. Muzyka może stymulować, relaksować, łagodzić obyczaje,

tworzyć rozmaite nastroje, także romantyczne i erotyczne. Słuchanie określonych rodzajów muzyki jest nie tylko wypadkową różnych gustów czy potrzeby chwili, ale wyznacznikiem stylu życia i swojego rodzaju „wizytówką” różnych pokoleń i różnych grup społecznych. Muzyka dyskotekowa nie tylko gromadzi wokół siebie jej „fanów”, ale także uczestników specyficznej podkultury, której nieobce są elementy seksualne.

Przy całej trudności klasyfikowania bardzo różnych nurtów i dziedzin współczesnej muzyki rozrywkowej, najczęściej słuchanymi gatunkami jest muzyka pop, dance, reague (56,2%), muzyka rockowa (35,7%), ballady, blues, jazz (35,9%), disco polo (27,6%) i techno (25%). Muzyki klasycznej, poważnej lubi słuchać 20,3% osób. Zamiłowania do poszczególnych gatunków muzyki przeważnie ze sobą współwystępują: zwolennicy muzyki klasycznej chętnie też słuchają ballad i muzyki jazzowej ($r=0,27$), a zwolennicy muzyki pop, dance, reague – muzyki techno ($r=0,23$). Zwolennicy disco polo na ogół preferują wyłącznie ten rodzaj muzyki i niechętnie słuchają jakiegokolwiek innej.

Poszczególne upodobania muzyczne nie tylko dzielą wyraźnie badaną populację na generacje młodszą i starszą, tak jak to było w przypadku spędzania czasu w dyskotekach – ale wyraźny jest także ich gradient społeczny. Przedstawia to poniższa tabela.

Tabela 24. Społeczne korelaty preferencji określonych rodzajów muzyki (współczynniki korelacji r Pearsona)

Rodzaj muzyki	Wiek	Wykształcenie ojca	Wykształcenie	Miejsce zamieszkania	Grupa społeczno-zawodowa			
					rolnicy	robotnicy	umysłowi	uczniowie
Muzyka klasyczna	0,20	0,29	0,11	0,14	-0,15	-0,07	0,18	-0,12
Dance, reague, pop, techno	-0,36	0,06	0,19	0,11	-0,18	-0,11	-0,03	0,20
Muzyka disco polo	0,29	-0,25	-0,30	-0,20	0,21	0,15	-0,09	-0,23

Można więc przyjąć, że muzyka typu dance, reague, pop i techno jest przede wszystkim muzyką ludzi bardzo młodych i nie jest już tak istotne, z jakich środowisk zamieszkania się rekrutują. Słuchaniu jej sprzyja wyższy status społeczny rodziców (w przypadku ludzi młodych, niejednokrotnie uczących się, ich własny poziom wykształcenia nie jest jeszcze wskaźnikowy). Muzyka klasyczna z kolei jest muzyką ludzi wykształconych, pracujących umysłowo, starszych wiekiem i raczej zamieszkałych w większych miejscowościach (co jest w dużym stopniu konsekwencją ich pozycji społecznej). Pewną odwrotnością zwolenników muzyki klasycznej są zwolennicy disco polo; wspólną cechą obu grup jest tylko dojrzały wiek. Słuchają jej przede wszystkim ludzie posiadający niższe wykształcenie, zamieszkali na wsi lub w małych miejscowościach, częściej rolnicy i robotnicy niż przedstawiciele innych grup. Natomiast zdecydowanie odrzucają tę muzykę ludzie młodzi (uczniowie, studenci).

Ze sposobem spędzania czasu i stylem życia w ogóle łączy się także specyficzny strój, adekwatny sposób ubierania się. Jest on formą naszej autoprezentacji. Ze sposobu ubierania wnioskujemy o osobie to ubranie noszącej. Strój może też wysłać otoczeniu pewne sygnały, na przykład zawierać elementy wyraźnie erotyczne. Jest on nie tylko wskaźnikiem gustów czy panującej mody, ale na ogół także pozycji społecznej i zamożności. Miejsce zakupu odzieży oddaje różne możliwości i aspiracje w tym względzie. Najbardziej wyszukaną i kosztowną garderobę oferują sklepy znanych, dobrych firm i butikiki, pewien średni standard przy umiarkowanej cenie oferują na ogół domy towarowe, najtańszą odzież można znaleźć na bazarach i miejscach sprzedaży odzieży używanej. Pytając o miejsca, „w których człowiek taki jak Pan/i może zrobić najlepsze zakupy”, sugerowaliśmy, że chodzi nie tyle o miejsca, w których się faktycznie najczęściej takich zakupów dokonuje, ale takie, które przedstawiają najwłaściwszą ofertę stosowaną do możliwości i aspiracji.

Największa liczba badanych wybrała sklepy znanych firm i butikiki (51,2%) – a więc takie, które ubierają modnie, elegancko i drogo, następnie domy towarowe (40,2%), a zakupy na targowiskach i w „lumpeksach”, przedstawiające najtańszą ofertę, 35,1% osób. Najbardziej różnią się rzecz jasna potencjalni klienci najbardziej i najmniej luksusowych placówek. Na butikiki i markowe sklepy orientują się przede wszystkim osoby młodsze, lepiej wykształcone i posiadające bardziej wykształconych rodziców – nie ma tu natomiast znaczenia ani

pleć, ani wielkość miejsca zamieszkania. Zakupy na straganach i w sklepach z używaną odzieżą widzą dla siebie nieco częściej kobiety, raczej osoby o niższym wykształceniu, ale w różnym wieku.

Kolejne elementy związane z podkulturą czasu wolnego – to aktywność fizyczna, a także sposoby spędzania wakacji i urlopów. Aktywność fizyczna, uprawianie sportu jest sposobem spędzania czasu wolnego – na który w zależności od punktu widzenia – możemy patrzeć jako jedno z zachowań prozdrowotnych lub element określonego stylu życia. Podobnie ma się sprawa z używkami, takimi jak alkohol czy narkotyki, które mówią nam coś zarówno o wzorach spędzania czasu, jak i ryzyku dla zdrowia. Przypomnijmy więc tylko, że sport lub inne intensywne ćwiczenia fizyczne (jogging, aerobik, siłownia itp.) uprawia codziennie 7%, a kilka razy w tygodniu 15% osób. Tylko w czasie urlopu oddaje się takim czynnościom 12%, natomiast 44% w zasadzie w ogóle nie przejawia żadnej intensywniejszej aktywności fizycznej.

Wakacje i urlopy oferujące więcej czasu i atmosferę wypoczynku sprzyjają życiu seksualnemu; rzadko kiedy są też spędzane samotnie. Na ogół wyjeżdżają na nie pary, rodziny, grupy przyjaciół i znajomych, nawet osoby wyjeżdżające indywidualnie przebywają przecież często w towarzystwie innych. Wyjazdy takie stwarzają więc szansę na zawarcie czy pogłębienie znajomości, umocnienie związku, przeżycia erotyczne. Sposób spędzania urlopu jest także w znacznej mierze wskaźnikiem zamożności, czy w ogóle pozycji społecznej, i istotnym elementem charakterystyki stylu życia. Obie te możliwości interpretacyjne sprawiają, że dane na ten temat są dla nas interesujące.

Wśród badanych osób na urlop wypoczynkowy w roku poprzedzającym badanie wyjeżdżało 43%. Niemal połowę tych wyjazdów stanowiły wyjazdy do rodziny w kraju (44%), stosunkowo powszechne były także wyjazdy na wczasy krajowe (29%) i zagraniczne (20%), a także wyjazdy pod namiot i na kemping (22%). Na działce wypoczywało 17%. Wiek wyraźnie różnicuje wybór sposobu i miejsca, w którym spędza się urlop. Osoby najmłodsze najczęściej wyjeżdżały do rodziny w innej miejscowości, na obozy młodzieżowe i pod namiot. Wczasy w kraju były przede wszystkim wybierane przez osoby po 25. roku życia, natomiast osoby relatywnie najstarsze (40–49 lat) spędzały też często urlop na działce. Wyjazdy za granicę były natomiast w większym stopniu wyznaczone pozycją społeczną respondentów niż ich wiekiem. Wyjechało na nie dwukrotnie więcej osób

z wykształceniem wyższym niż podstawowym. Osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym rzadziej też korzystały z czasów krajowych.

Z przedstawionych danych wynika dość oczywisty fakt, że osoby młodsze są znacznie bardziej aktywne zarówno jeśli chodzi o różnorodność zajęć, jak częstość oddawania się im (choć należy pamiętać, że sam dobór rodzaju tej aktywności korespondował raczej z preferencjami młodszej części naszego społeczeństwa). Warto jednak odwołać się jeszcze do pewnej subiektywnej miary nasycenia czasu wolnego różnymi formami aktywności – jaką jest odczuwanie nudy, znudzenia i poczucia, że nie ma nic ciekawego do zrobienia. Identyfikacja osób „znudzonych” w kontekście naszych rozważań pozwoli także zadać pytanie, czy, na ile i dla kogo seks jest lekarstwem na nudę.

Zgodnie z deklaracjami badanych, stanów znudzenia doświadcza często co czwarty badany i co czwarty badany bardzo rzadko lub nigdy. Pozostałej połowie zdarza się to od czasu do czasu. Kto się przede wszystkim nudzi? Nie jest to grupa, którą da się jednoznacznie scharakteryzować za pomocą zmiennych społeczno-demograficznych. Są to nieco częściej osoby młodsze niż starsze i nieposiadające żadnych wyraźniejszych zainteresowań czy sfer aktywności. To, co najlepiej je określa, to częste poczucie samotności, brak bliskich ludzi wokół siebie ($r=0,48$), a także nie najlepsze samopoczucie psychiczne ($r=0,29$). Częściej nudzą się osoby młodsze niż starsze; stąd też być może właśnie w tej kategorii osób (młodych, znudzonych, przygnębionych) częściej niż wśród innych pojawiają się kontakty z narkotykami.

Aktywność i preferencje czasu wolnego a życie seksualne

Zgodnie z logiką dotychczasowej prezentacji warto się teraz zastanowić, czy poszczególne rodzaje aktywności układają się w jakieś bardziej ogólne, spójne wzory, oraz jaki jest ich związek wzorami życia seksualnego.

Analiza współzależności danych dotyczących różnych elementów charakteryzujących preferencje i sposoby spędzania wolnego czasu pozwoliła zakwalifikować do dalszej analizy, a następnie wyodrębnić dwa niezależne, syntetyczne wymiary. Przedstawia je tabela 25.

Tabela 25. Wymiary preferencji i aktywność w czasie wolnym (wyniki analizy czynnikowej, wartości ładunków czynnikowych)

Preferencje i aktywności	Czynnik I	Czynnik II
Częstość korzystania z Internetu	0,65	
Intensywna aktywność fizyczna	0,59	
Częstość chodzenia do dyskotek	0,59	-0,55
Słuchanie muzyki klasycznej		0,72
Słuchanie disco polo	-0,54	
Słuchanie muzyki młodzieżowej	0,48	
Wyjazdy na urlop wypoczynkowy	0,51	
Wyjazdy na wczasy za granicę		0,40
Orientacja na ubieranie się w sklepach znanych firm, butikach	0,49	
Kontakt z narkotykami	0,42	

Uwaga. Analiza głównych składowych. Procent wyjaśnianej wariancji = 37,4% (I czynnik - 24,4%, II - 13,0%).

Wyodrębnione wzory są pochodną zmiennych użytych w analizie i nie oznaczają oczywiście, że są jedynymi spójnymi wzorami spędzania wolnego czasu w naszym kraju. Tu możemy jednak wykazać, że spędzanie czasu na surfowaniu w Internecie, na aktywnym uprawianiu sportu i w dyskotekach łączy się z zamiłowaniem do muzyki młodzieżowej a odrzuceniem stylu disco polo, wyjazdach w celach turystyczno-wypoczynkowych (raczej w kraju), aspiracje do ubierania się w modne ubiory rodem z butików, a także pojawiające się próby z narkotykami (czynnik I). Osoby osiągające wysokie wartości w ramach tego czynnika realizują wzór, który jest niewątpliwie elementem podkultury młodzieżowej. Potwierdzają to wyniki regresji wielorakiej. W modelu uwzględniającym takie zmienne niezależne, jak wiek, płeć, wykształcenie, wykształcenie ojca, wielkość miejsca zamieszkania i ocena sytuacji materialnej, w przypadku wieku wskaźnik beta osiąga najwyższe i statystycznie istotne wartości ($\beta=0,641$). Znacznie mniejszy walor wyjaśniania zależności ma płeć ($\beta=0,108$), wskazując jednocześnie, że model taki nieco częściej pojawia się wśród mężczyzn. Pozostałe zmienne wyjaśniające nie mają tu praktycznie żadnego znaczenia. W zasadzie tylko młody wiek jest czynnikiem silnie sprzyjającym występowaniu tego rodzaju wzoru zachowań związanych z czasem wolnym ($R^2=0,458$).

Drugi z wyodrębnionych czynników konstruowany jest tylko przez trzy zmienne: zamiłowanie do muzyki klasycznej, wyjazdy na wczasy zagraniczne,

oraz brak zainteresowania dyskotekami. Takie aktywności charakteryzujące czas wolny są przede wszystkim udziałem osób posiadających relatywnie wyższe wykształcenie ($\beta=0,323$, $R^2=0,256$) oraz wywodzących się z rodzin o wyższym poziomie wykształcenia ojca ($\beta=0,210$), starszych wiekiem ($\beta=0,127$) i zamieszkałych w większych miastach ($\beta=0,106$). Wzór ten można określić jako charakterystyczny dla konsumpcji kulturalnej inteligencji ($R^2=0,256$).

Czy określony sposób spędzania czasu, określone gusty z nim związane pozostają w jakimś wyraźniejszym związku z zachowaniami charakteryzującymi życie seksualne? W przypadku wzoru aktywności w wolnym czasie, który uznaliśmy za element podkultury młodzieżowej, jest on bardziej zbliżony ze wzorem życia seksualnego charakteryzującego się znaczną intensywnością i różnorodnością ($r=0,21$). Na szczególną uwagę zasługuje tu związek młodzieżowego stylu aktywności w czasie wolnym z wysoką wartością przydawaną życiu seksualnemu ($r=0,17$), doświadczeniami z różnorodnymi sposobami osiągania satysfakcji seksualnej ($r=0,22$) oraz pozytywną oceną swoich możliwości seksualnych ($r=0,20$).

Nie ma natomiast wyraźniejszego związku między żadnym z wyróżnionych uprzednio wzorów życia seksualnego a „inteligentnymi” preferencjami w zakresie spędzania wolnego czasu. Osoby o takich preferencjach cechuje jedynie nieco wyższy stopień tolerancji na rzecz nietypowych zachowań seksualnych (zachowań homoseksualnych i masturbacji) oraz bardziej przyzwalający stosunek do legalizacji agencji towarzyskich. To jednak wynika raczej z wzrastającego poziomu ogólnej tolerancji ze wzrostem wykształcenia niż z określonych wzorów własnej seksualności.

Trywialny prawdopodobnie jest wniosek, że im bardziej nasycony działaniami jest czas wolny, tym rzadziej występuje uczucie nudy, znudzenia czy poczucie, że nie ma nic ciekawego do zrobienia. Wzór aktywności nie ma tu istotnego znaczenia, choć nieco częściej nudzą się osoby realizujące z pozoru naładowany aktywnością wzór podkultury młodzieżowej. W kontekście rozpatrywania związków między zainteresowaniami i zajęciami czasu wolnego a wzorami życia seksualnego warto jeszcze ustosunkować się do wcześniej postawionego pytania o rolę seksu jako „lekarstwa na nudę” i samotność. Zgodnie z oczekiwaniami, udane życie seksualne i częste kontakty seksualne zapobiegają zarówno uczuciu samotności, jak i nudy. Dla porządku więc tylko odnotujmy, że im lepsze oceny

życia seksualnego, tym rzadziej doskwiera samotność ($r=-0,26$) i nuda ($r=-0,23$). Trudno jednak powiedzieć, czy akt seksualny między dwojgiem osób ma miejsce z braku alternatywy spędzenia wolnego czasu i zapełnia pustkę zainteresowań i braku kontaktów, czy wręcz przeciwnie, bogatsze i budzące pasje zajęcia w czasie wolnym sprzyjają życiu seksualnemu.

Spójność między elementami podkultury młodzieżowej w zakresie sposobu spędzania wolnego czasu ze specyficznymi wzorami i zachowaniami otaczającymi życie seksualne młodych ludzi świadczy, że możliwe jest wyodrębnienie jednego, w miarę jednolitego i znacznie ogólniejszego stylu życia młodzieży, zawierającego także elementy należące do innych dziedzin życia. W znacznej zgodności z obydwoma tymi wzorami pozostają na przykład zachowania, które analizowaliśmy przy okazji omawiania praktyk związanych z dbałością i troską o swoje ciało. Do wzoru podkultury młodzieżowej można więc zaliczyć takie zachowania, jak opalanie się w solarium, branie środków na wzrost masy mięśniowej wśród mężczyzn czy wykonywanie tatuaży na różnych częściach ciała.

Jeśli chodzi o osoby starsze, ich zachowania, preferencje i aktywność nie dały się sprowadzić do jednego, dominującego wzoru, w każdym razie nie za pomocą zestawu danych, którymi się posługiwaliśmy.

* * *

Jaki jest więc ten „seks po polsku”? Które spośród analizowanych zachowań seksualnych najlepiej charakteryzują przeciętnego, statystycznego Polaka? Wbrew pozorom odpowiedź na te pytania nie jest wcale prosta. Jak mieliśmy możliwość zaobserwować podczas dotychczasowej lektury tej książki, zachowania seksualne, postawy wobec seksualności i obyczajowość seksualna podlegają licznym różnicowaniom. Obok siebie współlistnieją więc odmienne wzory charakterystyczne dla osób młodszych i starszych, zachowania charakterystyczne dla mężczyzn lub kobiet, osób o bardziej liberalnym lub tradycyjnym światopoglądzie, o różnym poziomie wykształcenia. Sprowadzanie ich do wspólnego mianownika jest niewątpliwie znacznym uproszczeniem.

Jeżeli jednak polegać po prostu na częstotliwości występowania poszczególnych dyspozycji i zachowań należałoby uznać, że seks jest dla Polaków rzeczą ważną, stanowiącą istotny komponent jakości życia i mający wpływ nie tylko na

samopoczucie, ale i dobrą samoocenę w innych sferach życia. Większość Polaków uważa też swoje życie seksualne za satysfakcjonujące, a siebie samych za atrakcyjnych i wyposażonych w odpowiednie umiejętności kochanków. W pewnej sprzeczności z tymi deklaracjami pozostaje stosunkowo skromny repertuar aktywności seksualnych, stosowanych pieśczoł i podniet, a także raczej receptywny stosunek do nich. Więcej osób chce być przedmiotem pieśczoł niż jest gotowych oferować je swojemu partnerowi.

Dla większości dorosłych Polaków ich życie seksualne jest zbudowane na fundamencie stałego partnerstwa. Dobra ocena życia seksualnego jest niemal tożsama z pozytywną oceną związku czy małżeństwa i składnikiem stabilizacji życiowej. Nie zawsze oznacza to jednak właściwą komunikację na temat swoich potrzeb, odczuć i pragnień. Niekiedy prowadzi to do pewnej rutynizacji zachowań seksualnych, w których akt płciowy staje się elementem weekendowego rytuału. Ta rutynizacja zachowań seksualnych ma także związek ze stresami życia codziennego, zwłaszcza związanymi ze sferą pracy zawodowej, od których można się zdystansować tylko w soboty i niedziele. W sumie obraz ten, w połączeniu z niewielkim zróżnicowaniem form aktywności, jest daleki od wizerunku życia seksualnego który kojarzyć się może z rewolucją seksualną.

W pewnej opozycji do tego wzoru pozostają praktyki i doświadczenia seksualne polegające na częstych, zmiennych, niestabilizowanych kontaktach i liberalnym stosunku do tradycyjnych norm regulujących pożycie. Są one składnikiem stylu życia typowego raczej dla młodszego pokolenia, szczególnie dla mężczyzn. Styl ten charakteryzuje konsumpcyjny stosunek do życia w ogóle, a więc także i do przeżyć seksualnych. Wśród młodzieży jego elementem jest także swoista estetyka dotycząca urody ciała i uczestnictwo w specyficznej podkulturze wolnego czasu. Dla młodych kobiet seks jest częściej owiany romantyzmem, stąd nawet przelotnym związkom częściej towarzyszy uczucie miłości do partnera.

Większość aktywnych seksualnie Polaków korzysta z jakichś form antykoncepcji, jednak – niezależnie od realizowanego wzoru seksualności – groźba niechcianej ciąży jest źródłem najczęstszych lęków towarzyszących życiu seksualnemu, szczególnie kobiet. Lęki doświadczane przez mężczyzn koncentrują się natomiast przeważnie wokół sprawności seksualnej i gotowości do aktu. Niepłodzenia w tym względzie są postrzegane jako zagrożenia zarówno dla oceny

przez partnera jak i własnej samooceny. Pomimo w miarę powszechnej dezaprobaty zdrad małżeńskich, nie są one rzadkością. Dość rygorystycznie odnosimy się natomiast do wszystkiego, co jawi się nam jako nietypowe w sferze seksu. Masturbacja, zachowania homoseksualne nie spotykają się na ogół ani z tolerancją ani zrozumieniem. Na tle takich postaw pewne zdziwienie może budzić znaczna i wzrastająca akceptacja dla wszelkiego rodzaju agencji towarzyskich, a więc prostytutki. Bardziej rygorystyczne poglądy na kwestie seksualne mają oczywiście osoby, których własne zachowania są bliskie modelowi tradycyjnej seksualności.

Można jednak oczekiwać, że w dalszej przyszłości oba wzory, czy style życia seksualnego będą się przenikać, a obserwowana liberalizacja postaw seksualnych jeszcze rozszerzy swój zakres. Świadczą o tym choćby takie trendy jak przyspieszone dojrzewanie płciowe i przedłużający się wiek aktywności seksualnej, równanie praw obu płci i związana z nimi eliminacja podwójnych standardów moralności, wzrastająca świadomość erotyczna kobiet czy komercjalizacja seksu, a także powolny, ale jednak dokonujący się proces akceptacji praw mniejszości seksualnych. Można wyrazić nadzieję, że zmianom tym towarzyszyć będą coraz lepsza komunikacja między partnerami, respektowanie wzajemnych praw i potrzeb oraz tolerancja dla nietypowości.

Literatura

- Aggleton, P., P. Davies, G. Hart. 1995. *AIDS: Safety, Sexuality and Risk*. Exeter: Taylor & Francis.
- Aggleton, P. (red). 1996. *Bisexualities and AIDS: International Perspectives*. London: Taylor & Francis.
- Beck, A.T. 1967. *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bowling, A. 1977. *Measuring health: A Review of Quality of life Measurement Scales*. Philadelphia: Open University Press.
- Brenner, H. 1987. *Economic instability, unemployment rates, behavioral risk and mortality rates in Scotland*. „International Journal of Health Services”, 17.
- Buss, D. M. 1994. *The Evolution of Desire: Strategies of Human Mating*. New York: Basic Books.
- Buzaglo, M. 1997. *Sexuality and Health in a Multi-Ethnic Society*. Folkhälsoinstitutet.
- CBOS. 1999. *Młodzież o życiu seksualnym*. Komunikat z badań Warszawa: CBOS.
- CBOS. 2001. *Postawa wobec małżeństw i homoseksualistów*. Komunikat z badań Warszawa: CBOS.
- Cole, M. 1994. *Leczenie zaburzeń erekcji. Psychologiczne podejście do terapii*, w: A. Gregorie, J.P. Pryora (red.), *Impotencja. Wszechstronny poradnik dla lekarzy*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Długolecka, M. 2002. *Raport o Seksualności Polaków – Pfizer*. Warszawa: SMG KRC.
- Duch-Krzyszczek, D. (1997). *Małżeństwo, seks, prokreacja*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. 2003. Warszawa: Wydawnictwo „Żak”, t. I.
- Farquhar, M. 1995. *Definitions of quality of life: A taxonomy*. „Journal of Advanced Nursing”, 22.
- Fauci, A.S. 1999. *The AIDS epidemic*. „N Engl J Med.”, 341.
- Feingold, A. 1992. *Good-looking people are not what we think*. „Psychological Bulletin”, 111.
- Gagnon, J.H., W. Simon. 1973. *Sexual Conduct. The Social Sources of Human Sexuality*. Chicago: Aldine.
- Gapik, L. 1977. *Psychospołeczne aspekty zachowania seksualnego*, w: K. Imieliński (red.), *Seksuologia społeczna. Zagadnienia psychospołeczne*. Warszawa: PWN.
- Gontarz, J. 2003. *Sesbiznes*. „Businessman”, 8.

- Grunseit, A. 1997. *Wpływy edukacji seksualnej i wiedzy dotyczącej HIV na zachowania seksualne młodzieży*. Raport przeglądowny. UN AIDS.
- GUS 1997. *Stan zdrowia ludności Polski w 1996 roku*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Hite, S. 1976. *The Hite Report*. New York: Dell Publishing Co., Inc.
- HIV/AIDS in the Context of Public Health and Human Rights: Report of a Pan-European Consultation, Prague 26–27 November 1991*. 1991. London: Rights and Humanity.
- Hubert, M., N. Bajos, T. Sandfort (red). 1998. *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe*. London: Taylor & Francis.
- Hunt, M. 1974. *Sexual Behavior in the 1970's*. New York: Dell Publishing Co. Inc.
- Imieliński, K. 1977. *Kulturowo-medyczne aspekty seksuologii*, w: K. Imieliński (red.), *Seksuologia społeczna*. Warszawa: PWN.
- Izdebski, Z. 1992. *Seksualizm dzieci i młodzieży w Polsce*. Zielona Góra: Wydawnictwo WSP.
- Izdebski, Z. 1997. *Rola służb medycznych w konsultacjach przed i po teście na HIV*. „Gazeta Lekarska”, 4.
- Izdebski, Z. 1997a. *Zachowania prozdrowotne i seksualne w aspekcie HIV/AIDS w Polsce*. Warszawa: Studio Poligraficzne Drukarnia Sp. z o.o.
- Izdebski, Z. 1998. *Society and AIDS. Knowledge, Attitudes and Sexual Behaviour in Poland*, w: *AIDS in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences*. Paryż.
- Izdebski, Z. 2000. *Wiedza, przekonania o HIV/AIDS w społeczeństwie polskim. Zachowania seksualne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Izdebski, Z. 2000a. *Zachowania seksualne kobiet świadczących usługi seksualne, mężczyźni homoseksualnych i osób niezależnych od narkotyków*. Zielona Góra: Organon.
- Izdebski, Z. 2002. *Selected Aspects of Evaluation of the National HIV/AIDS Prevention Program within the Scope of Society's Knowledge, Sexual Behavior and Condom Availability in Poland*. Barcelona-Warszawa: UNDP.
- Izdebski, Z. 2003. *Kwestie społeczne i zachowania seksualne w Polsce w aspekcie problematyki HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997–2001*. Warszawa: Koldruk Sp. z o.o.
- Izdebski, Z. i B. Durka. 2002. *Raport z badania „Wiedza, postawy społeczne wobec HIV/AIDS i zachowania seksualne”*. Warszawa: TNS OBOP.
- Izdebski, Z. i A. Jaczewski. 1999. *Kocha, lubi, szanuje*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne PWN.
- Jaczewski, A. 1993. *Zagrożenia cywilizacyjne w okresie dojrzewania*, w: Z. Czaplicki (red.), *AIDS – Zagrożenia społeczne. Aspekty medyczne, pedagogiczne, kulturowe*.
- Jakubowska, H. 1999. *Promocja zdrowia i profilaktyka uzależnień*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne PWN.
- Jawłowska, A. 2000. *Mieć ciało i być ciałem. Ciało jako temat dyskursów kultury współczesnej*. Warszawa: ISNSUW.
- Jeannin A., M. Cohen, N. Bajos. 1998. *Voluntary HIV Testing*, w: M. Hubert, N. Bajos, T. Sandfort (red.), *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe*. London: Taylor & Francis.
- Kinsey, A.C., W. B. Pomeroy, C. Martin. 1948. *Sexual Behavior in Human Male*, oraz A.C. Kinsey, W.B. Pomeroy, C. Martin, S. Gebhard. 1953. *Sexual Behavior in Human Female*. Philadelphia – London: Saunders.
- Kobieta prezerwatywa i AIDS. Fakty i statystyka*. 1999. Materiały UNDP.
- Koch, P.B., D.L. Weis (red.). 1999. *Sexuality in America*. New York: Continuum.
- Kojder, A. 1999. *Norma społeczna. Encyklopedia Socjologii*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Kozakiewicz, M. 1977. *Moralne aspekty wychowania seksualnego*, w: K. Imieliński (red.), *Seksuologia społeczna. Zagadnienia psychospołeczne*. Warszawa: PWN.
- Kozakiewicz, M. 1988. *Historia badań [seksuologicznych] w Polsce*, w: J. Rzepka (red.), *Zagadnienia prozdrowotnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV/AIDS*. Katowice: Agat.
- Kozakiewicz, M. 1997. *Wychowanie seksualne i planowanie rodziny w Polsce*. Warszawa: MOVEX.

- Kozakiewicz, M. 1999. *Problemy wychowania seksualnego (wprowadzenie wychowania seksualnego do szkół w krajach europejskich)*, w: L. Turowski (red.), *Pedagogika ogólna i subdyscypliny*. Warszawa: Wydawnictwo „Żak”.
- Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS, na lata 1999–2003. (1999) Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.
- Laumann E.O. i in. (1994) *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Levin, R.J., A. Levin. 1975. *Sexual Pleasure: The Surprising Preferences of 100 000 Women*, Melville, 1997.
- Lew-Starowicz, Z. 1988. *Seks nietypowy*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
- Lew-Starowicz, Z. 1999. *Miłość i seks. Słownik encyklopedyczny*. Wrocław: Wydawnictwo EUROPA.
- Lew-Starowicz, Z. 1999a. *Styl życia seksualnego a zdrowie*, w: J. Karski (red.), *Promocja Zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo IGNIS.
- Lunenfeld, B. 2002. *Textbook of Men's Health*. The Parthenon Publishing Group, USA.
- Malewska, H. 1967. *Psychospołeczne determinanty życia seksualnego*. Warszawa: PWN.
- Małachowska, U. 1989. *Potrzeby i aspiracje związane z uczestnictwem kulturalnym*, w: L. Beskid, *Potrzeby i aspiracje społeczeństwa polskiego w połowie lat osiemdziesiątych*. Warszawa: IFiS PAN.
- Masters, W.G., V.E. Johnson. 1966. *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown (za: R.E. Brecher. 1976. *An Analysis of Human Sexual Response*. New York: Harper & Row).
- Masters, W.G., V.E. Johnson. 1975. *Współżycie seksualne człowieka*. Warszawa: PWN.
- McIntyre, J. 1966. *The structural functional approach to family study*, w: F.I. Nye, F.M. Berardo (red.), *Emerging Conceptual Frameworks in Family Analysis*. New York: Macmillan.
- Melosik, Z. 2002. *Młodzież w kulturze współczesnej. Paradoksy pop-tożsamości*, w: E. Malewka, B. Śliwerski (red.), *Pedagogika i edukacja wobec nowych wspólnot i różnic w jednoczącej się Europie. Materiały z IV Ogólnopolskiego Zjazdu pedagogicznego*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Melville, K. 1977. *Marriage and Family Today*. New York: Random House.
- Merton, R. 1982. *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*. Warszawa: PWN.
- Methodological Issues in AIDS Behavioral Research*. 1993. New York.
- Michael, R.T., J.H. Gagnon, E.O. Laumann, G. Kolata. 1995. *Sex in America*. Warner Books.
- Ministerstwo Edukacji Narodowej o wychowaniu do życia w rodzinie. 2001. Warszawa: MEN.
- Mossuz-Lavau, J. 2002. *La vie sexuelle en France*. Paris: Éditions de La Martinière.
- Ossowska, M. 1963. *Socjologia moralności. Zarys zagadnień*. Warszawa: PWN.
- Ostrowska, A. 1997. *Prozdrowotne style życia*, w: H. Domański, A. Rychard (red.), *Elementy nowego ładu*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ostrowska, A. 1999. *Styl życia a zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ostrowska, A. 2000. *Styl życia a zdrowia – bilans dekady*, w: H. Domański, A. Ostrowska, A. Rychard (red.), *Jak żyją Polacy*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ostrowska, A., J. Sikorska, B. Gąciarz. 2001. *Osoby niepełnosprawne w Polsce w latach dziewięćdziesiątych*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Our Bodies, Ourselves for the New Century*. 1998. The Boston Women's Health Book Collective.
- Parker, R., P. Aggleton. 1999. *Culture, Society and Sexuality*. London: UCL Press.
- Pawlik. 1991. *Krakowskie prostytutki. Dworcówki, arabeski, makaroniary*. „WENUS”.
- Perper, T. 1985. *Sex Signals: The Biology of Love*. Philadelphia: ISI Press.
- Pietropinto, A., J. Simenauer. 1977. *Beyond the Male Myth*. New York: New American Library.
- Popularny słownik wychowania prorodzinnego i seksualnego*. 1996. Warszawa: Agencja Promo-Lider.
- Reinisch, J. 1991. *The Kinsey Institute New Report on Sex. What You Must Know to be Sexually Literate*. New York: St Martin's Press.

- Reiss, I.L. 1986. *A sociological journey into sexuality*. „Journal of Marriage and Family”, 48.
- Rosenfeld, J. A. 2001. *Handbook of Women's Health*. Cambridge University Press.
- Rzepka, J. (red.). 1998. *Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV/AIDS*. Katowice: Studio Wydawnicze AGAT.
- School Health Education to Prevent AIDS and STD. *A resource package for curriculum planners – Teachers' Guide*. 1994. WHO/GPA/TCO/PRV/94.6c
- Shilling, C. 1993. *The Body and Social Theory*. London: Sage.
- Siciński, A. 2002. *Styl życia, kultura, wybór*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Skrzydlewski, W. 1998. *Planowanie rodziny – wyzwanie moralne*. Kraków: Wydawnictwo M.
- Skrzydlewski, W. 1999. *Etyka seksualna. Przemiany i perspektywy*. Kraków: Wydawnictwo M.
- Sprecher, S., K. McKinney. 1991. *The effect of current sexual behavior on friendship, dating and marriage desirability*. „Journal of Sex Research”, 28.
- Svensson P.G., B. Starrin. 1992. *Health Policy Development for Disadvantaged Groups*, Oxford University Press.
- Szczepański, J. 1999. *Reformy, rewolucje, transformacje*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN
- Szlendak, T. 2002. *Architektonika romansu. O społecznej naturze miłości erotycznej*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Szylko-Skoczny, M. 1992. *Psychospołeczne skutki bezrobocia*, w: M. Szylko-Skoczny (red.), *Spoleczne skutki bezrobocia w wymiarze lokalnym*. Warszawa: Fundacja im. F. Eberta.
- Trawińska, M. 1966. *Inicjacja. Popularny słownik wychowania prorodzinnego i seksualnego*. Warszawa: Agencja Promo-Lider.
- Trawińska, M. 1977. *Socjologia seksu. Społeczno-normatywne uwarunkowanie zachowań*, w: K. Imieliński (red.), *Seksuologia społeczna. Zagadnienia psychospołeczne*. Warszawa: PWN.
- Trawińska, M., Z. Cendrowski (red.). 1996. *Popularny słownik wychowania prorodzinnego i seksualnego*. Warszawa: Agencja Promo-Lider.
- Warr, P.B. 1987. *Work, Unemployment and Mental Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Weis, D.L., 1999. *Interpersonal heterosexual behaviors*, w: P.B. Koch i D.L. Weis (red.), *Sexuality in America*. New York: The Continuum Publishing Company.
- Westoff, C.F. 1974. *Coital frequency and contraception*. „Family Perspectives”, 6.
- Widerman, M., S.H. Hurst. 1998. *Body size, physical attractiveness, and body image among young adult women: relationships to sexual experience and sexual esteem*. „Journal of Sex Research”, 35.
- Widerman, M., B. Whitley. 2002. *Handbook for Conducting Research on Human Sexuality*. London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wojciechowska, A. 1977. *Położenie materialne i uczestnictwo w kulturze a struktura społeczna*. Wrocław: Ossolineum.
- Woynarowska B., J. Mazur, M.M. Szymańska. 1998. *Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Wiedza i przekonania o HIV/IDS. Zachowania seksualne*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski.
- Wróblewska, W. 1998 *Nastoletni Polacy wobec seksualności*. Warszawa: SGH.
- Zdrojewicz, Z., Belowska-Bień. 2003. *Tadalafil – nowy lek w leczeniu zaburzeń erekcji*. „Polska Medycyna Rodzinna”, t. 5, zeszyt 4.



20,-

Książkę wydrukowano na papierze
Amber Graphic 70 g/m²



wyprodukowanym przez Arctic Paper
www.arcticpaper.com

MUZA SA
ul. Marszałkowska 8
00-590 Warszawa
tel. (0-22) 827 77 21, 629 65 24
e-mail: info@muza.com.pl

Dział zamówień: (0-22) 628 63 60, 629 32 01
Księgarnia internetowa: www.muza.com.pl

Warszawa 2003
Wydanie I

Skład i łamanie: MAGRAF s.c., Bydgoszcz
Druk i oprawa: Drukarnia Naukowo-Techniczna, Warszawa

<http://rcin.org.pl>

U.82497



39082497000000

Problemom życia seksualnego ostatnio dużo uwagi. Popularne magazyny ilustrowane i telewizja często relacjonują rozmaite wydarzenia związane ze sferą seksu, przytaczają wiadomości pochodzące z różnych sondaży oraz komentarze seksuologów. Są one także stale obecne na wielu stronach internetowych. Na ogół jednak przekazy te poprzestają na informacjach uproszczonych, wyselekcjonowanych, niekiedy anegdotycznych i nastawionych na sensację, przyczyniając się tym samym do nieadekwatnego obrazu życia seksualnego „po polsku”.

Niewiele jest badań empirycznych tej problematyki, które kompleksowo naświetlałyby doświadczenia, postawy i zachowania seksualne Polaków. Jeszcze mniej jest badań, które pokazywałyby te kwestie w kontekście życia społecznego i zachodzących w nim przemian.

Niewątpliwie istnieje więc potrzeba systematycznych i wszechstronnych badań analizujących te zagadnienia. Próbę takiego podejścia do seksualności Polaków podejmujemy w tej książce.

Praca niniejsza pisana jest z dwóch punktów widzenia – seksuologa i socjologa.

W sposób naturalny każdego z Autorów interesowały nieco inne kwestie. Te same informacje mogą więc służyć do stawiania inaczej sformułowanych hipotez i zmierzać do różnych wniosków, odnoszących się do odmiennych sfer funkcjonowania człowieka.

infolinia: 0 801 66 00 99

www.zdrowie-seksualne.pl

www.muza.com.pl

ISBN 83-7200-316-5



9 788372 003164 >
<http://rcin.org.pl>